P S Y C H O S U P

Psychologie de la santé

Concepts, méthodes et modèles

Marilou Bruchon-Schweitzer
Émilie Boujut

DUNOD

Conseiller éditorial
Alain Lieury

Illustration de couverture
Franco Novati

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 1er 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, 2014

5 rue Laromiguière, Paris 5e
ISBN 978-2-10-070324-1

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 oncogenèse 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

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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 (*locus of control*) de Rotter 292

2.4 La conception tridimensionnelle du contrôle de Levenson 295

2.5 Les effets salutogènes du contrôle 297

3. L'endurance (*hardiness*) 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

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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 stresseurs 439

2.4 La mesure du stress perçu 440

2.5 Les effets du stress perçu sur la santé 444

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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 *coping* 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 corps[1], 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 stresseurs (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 11e 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.

Finalement, au cours de cette même année 2001, sera édité le 2e 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.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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 professionnels[1]), 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'EHPS, puisque l'Université Bordeaux Segalen a récemment accueilli la 27e 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'ÉSPÉ 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, récidive, 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 proposent 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-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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, récidive, 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.).

Chapitre 1

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

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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 conclurons 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).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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'infaillibilité 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).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

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 subjectif[1].

2.3 Les points de vue économique et politique[2]

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 matériels[3].

Selon Rapley (2003, p. 2-10) et Bognar (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 CMEPSPA (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).

sociales) a été créée en 2008 par l'OCDE. Elle devait identifier les limites du PIB comme indicateur de progrès social et rechercher des indicateurs plus pertinents. Une première vague de concertations et d'enquêtes a été effectuée en France et dans divers pays de l'OCDE en 2008-2009 et un rapport de 292 pages en fut issu (Rapport de la CMEPSP de Stiglitz, Sen et Fitoussi, 2009). Ce rapport explique pourquoi le PIB ne constitue pas une estimation pertinente du bien-être des populations, particulièrement dans ses dimensions environnementales, sociales, et même économiques.

Désormais, l'INSEE, avec le soutien d'Eurostat, exercera un rôle majeur dans la mise en œuvre européenne du rapport Stiglitz. Les travaux qui seront menés en Europe sur la santé des populations seront ainsi cohérents entre eux ; ils concerneront « le PIB et au-delà » ; la consommation et revenu des ménages ; les inégalités ; la construction d'indicateurs sur l'état de l'environnement. Cette commission s'adresse à quatre types d'interlocuteurs : les gouvernements et leaders politiques (en particulier ceux qui sont responsables des politiques en matière de santé et d'environnement), la communauté scientifique et ses statisticiens ; les journalistes et médias ; la société civile et les usagers.

2.4 Le point de vue des sciences sociales

Les sociologues ont été les premiers à aborder des notions qui deviendront la qualité de vie. Ils ont défriché ce champ d'étude en différenciant peu à peu les notions de bonheur (*happiness*), de bien-être subjectif (*well-being*), de bien-être matériel (*welfare*) et de satisfaction de la vie (*satisfaction of life*). Pour eux, deux types de facteurs peuvent affecter le bien-être : des facteurs « externes » (variables sociodémographiques, socio-économiques, événements de vie, intégration sociale…) et des facteurs « internes » (estime de soi, efficacité perçue, équilibre émotionnel…). Le terme de qualité de vie apparaîtra dans les années 1970 avec les travaux de Bradburn (1969). On s'éloignera de plus en plus de la notion de bonheur et on s'intéressera de plus en plus au bien-être et à la qualité de vie[1].

L'ethnologie de la santé étudie les représentations et pratiques associées à la maladie et aux traitements, comme celle des guérisseurs dans divers pays et à diverses époques. L'anthropologie de la santé en est une sous-discipline, née aux États-Unis dans les années 1960 (*medical anthropology*). Elle ne se limite plus à l'étude des représentations culturelles et pratiques

1. Des sociologues comme Campbell *et al.* (1976) contribueront au succès d'indicateurs sociaux du bien-être (revenus, niveau d'éducation, emploi, etc.), encore parfois dénommés bien-être objectif (*welfare*). Ceux-ci seront critiqués par ceux qui considèrent comme plus important le point de vue des individus, ou bien-être « subjectif » (*subjective well-being*).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de santé. Grâce à des études de terrain (impliquant une collaboration entre anthropologues et soignants), les interactions soignants/soignés, les pratiques des personnels de santé et des usagers sont devenues des objets de recherches pour l'anthropologie de la santé (Olivier de Sardan, 2006). Le sida, par exemple, a suscité des études anthropologiques sur les perceptions de la maladie, les comportements sexuels des populations, le recours à des thérapies parallèles et l'attitude des soignants.

La notion de qualité de vie et les notions proches vont s'individualiser peu à peu dans les années 1990-1995 grâce à l'apport des psychologues (Urzúa et Caqueo-Urízar, 2012). Ceux-ci approfondiront les domaines que recouvre le concept très large de qualité de vie et tenteront de définir et mesurer satisfaction, bonheur, bien-être, ainsi que les diverses facettes de la santé : physique, mentale (émotionnelle, cognitive, spirituelle…) et sociale. Nous résumerons ci-dessous (voir *infra*, § 3) les apports de la psychologie à la définition et à l'évaluation de ces notions, puis reviendrons en fin de chapitre sur les conceptions, domaines et mesures de la QdV.

3. Les différents concepts

Nous allons à présent présenter les définitions et les mesures de notions comme le bonheur, la satisfaction de la vie, le bien-être et la santé et nous les situerons les unes par rapport aux autres. La qualité de vie sera abordée dans le paragraphe suivant (voir *infra*, § 4).

3.1 Le bonheur

Le « bonheur » est une notion d'origine philosophique et définie tout d'abord de façon assez floue. Au cours des dernières décennies, le bonheur est devenu un thème commun à divers champs disciplinaires : sociologie, psychologie, médecine, économie et politique. Quelques chercheurs en sciences sociales l'ont réhabilité à partir des années 1990 (Argyle *et al.*, 1989 ; Buss, 2000 ; Diener *et al.*, 2003a ; Diener et Seligman, 2004 ; Veenhoven, 1997). Peu à peu, la notion émergea dans les recherches médicales et les items explorant le bonheur devinrent courants dans les questionnaires de QdV (par exemple dans le SF-36). Son indexation comme mot-clé dans *Psychological Abstracts* fut assez tardive (1973). En psychologie, le bonheur fut considéré comme un indicateur d'une bonne santé mentale ; des items relatifs au bonheur firent partie des enquêtes épidémiologiques classiques dans les années

1960-1970 (Veenhoven, 2007). Il en fut de même en gérontologie où le bonheur devint un indice de vieillissement réussi (Bouffard, 2012).

On note l'intérêt tardif des économistes pour le bonheur ; l'économie du bonheur est à présent un thème émergent, suscitant un véritable engouement (Gaucher, 2009). Les économistes, psychologues et sociologues l'étudient ensemble (par exemple, dans le *Journal of Happiness Studies*). On redécouvre un thème de recherche longtemps délaissé (c'était un thème de recherche rare en psychologie avant les années 1970-1980). L'économie du bonheur trouve sa source théorique dans l'*utilitarisme*, philosophie économique du XVIII^e siècle (formulée par exemple par Jeremy Bentham)[1]. L'« utilité » (contrairement à son sens dans le langage commun) ne se réduit pas aux biens que l'on consomme, elle comprend le plaisir et le bonheur qu'ils procurent. On trouvera dans le chapitre suivant un bilan des recherches menées sur les effets du niveau socio-économique sur le bonheur et le bien-être.

La psychologie positive est en pleine expansion (pour une présentation des concepts et échelles, voir entre autres Shankland et Martin-Krumm, 2012)[2]. Une vie heureuse implique que celle-ci soit source de plaisir, qu'elle ait du sens et que l'individu se sente engagé. Le *plaisir* vient d'expériences induisant des émotions et cognitions positives. Le *sens* correspond au fait d'agir en vue de réaliser des objectifs individuels et collectifs. L'*engagement* est un état de concentration optimale pour réaliser une action.

Pour plusieurs auteurs, le bonheur est une *disposition stable de la personnalité* (trait plutôt qu'état) consistant *à éprouver généralement des états émotionnels agréables* (joie, plaisir, gaieté…), à être globalement satisfait de sa vie et à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité…). Certaines échelles de bonheur ont été construites d'après cette conception tridimensionnelle. La plus connue est l'OHI à vingt-neuf items (*Oxford Happiness Inventory*) d'Argyle *et al.* (1989). L'OHQ (*Oxford Happiness Questionnaire*) est issu de l'OHI dont il constitue une amélioration (Hills et Argyle, 2002) : mêmes items (dans un ordre différent), formulés dans un sens tantôt désirable (dix-sept items) tantôt indésirable (douze items), réponses sur une échelle de Likert à six degrés (au lieu de quatre pour l'OHI) (voir tableau 1.1).

1. On désigne par *utilité* la présence de bénéfices, avantages, profits, bien-être, joie, biens ou bonheur et l'absence de souffrance, échecs, pertes ou malheur. Le bonheur pour les utilitaristes, c'est à la fois la présence de plaisir(s) et l'absence de déplaisir(s). Les *welfaristes*, eux, s'intéressent au bien-être matériel, soit la consommation et la possession de biens.

2. La psychologie hédonique (ou psychologie positive) est assez récente. Voir *Well-Being : The Foundation of Hedonic Psychology* (Kahneman, Diener et Schwarz, 2003).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 1.1 – *L'*OHQ (Oxford Happiness Questionnaire) de Hills et Argyle *(2002), dérivé de l'*OHI *de Argyle* et al. *(1989) et sa version courte à 8 items (*)*

1.* Je ne suis pas vraiment content de ce que je suis.
2. Je m'intéresse énormément à autrui.
3.* Je pense que la vie apporte beaucoup de satisfactions.
4. J'ai beaucoup de sympathie pour la plupart des gens.
5. Je me réveille rarement frais (fraîche) et dispos(e).
6. Je ne suis pas vraiment optimiste quant à mon avenir.
7. Je trouve que la plupart des choses sont amusantes.
8. Je me sens toujours impliqué(e) et concerné(e).
9. La vie est belle.
10. Je ne pense pas qu'on soit vraiment bien sur cette terre.
11. Je ris souvent.
12.* Je suis très satisfait(e) de tout ce qui fait ma vie.
13.* Je ne pense pas être séduisant(e).
14. Il y a un fossé entre ce que je voulais faire et ce que j'ai fait.
15. Je suis très heureux.
16.* Il y a de la beauté dans certaines choses.
17. Ma présence rend les autres joyeux.
18.*Je trouve le temps de faire tout ce que je désire.
19. Je n'ai pas l'impression de vraiment maîtriser le cours de ma vie.
20. Je me sens capable de faire face à tout (ce qui arrive).
21.* Je me sens mentalement vif et alerte.
22. Je suis souvent dans un état d'exaltation joyeuse.
23. J'ai du mal à prendre des décisions.
24. Je ne pense pas que ma vie ait vraiment un sens et un but.
25. Je pense que j'ai beaucoup d'énergie.
26. J'ai d'habitude une influence favorable sur le cours des événements.
27. Je ne m'amuse pas tellement avec les autres.
28. Je ne me sens pas vraiment en bonne santé.
29.* Je n'ai pas de souvenirs particulièrement heureux du passé.

Les items de l'OHQ sont identiques à ceux de l'OHI, mais ont été améliorés : meilleur ratio items positifs/négatifs ; réponses de 1 (pas du tout d'accord) à 6 (tout à fait d'accord). Le score total varie de 29 à 174. L'échelle est unidimensionnelle (α = .91). Des AF avec rotations obliques donnent 3 facteurs de 1er ordre et un facteur de 2e ordre. La corrélation entre scores totaux (OHI et OHQ) est de + .80 (172 étudiants) ; les corrélations entre items de l'OHI et de l'OHQ sont satisfaisantes (r moyenne = +.50) ; la corrélation entre scores totaux de l'OHQ-29 et de l'OHQ-8 est de +.90.
La validité de critère divergente de l'OHQ est bonne : avec l'Extraversion, +.61 ; avec le Névrosisme, -.59 (EPI).
La validité de critère convergente : avec l'Estime de soi (Rosenberg) : +.81 ; avec l'Optimisme (LOT) : +.79 ; avec la satisfaction de la vie : +.77 ; avec la D-H (Depression-Happiness Scale de Joseph et Lewis) : +.90 (coefficients tous S à p<.001). Les 8 items de la version courte sont signalés ci-dessus par une *.

L'OHQ a de bonnes qualités psychométriques (consistance interne, fidélité test-retest). Son score total est positivement associé aux mêmes dimensions de la personnalité que l'OHI : stabilité émotionnelle, extraversion (EPQ, Eysenck et Barrett, 1985), estime de soi (RSES de Rosenberg, 1989), optimisme (LOT de Scheier et Carver, 1985) et satisfaction de la vie (*Life Regard Index* de Battista et Almond, 1973). Les analyses factorielles effectuées sur plusieurs échantillons ont permis d'identifier un facteur de bonheur commun aux vingt-neuf items. Il en existe une version courte à huit items, dont les qualités sont un peu moins bonnes que celles de la version longue (Cruise, Lewis et McGukin, 2006).

Le concept de bonheur connaît donc un regain d'intérêt. Plusieurs outils ont été construits pour l'évaluer (OTH, OHI, OHQ, ainsi que le *Happy Life Expectancy Index* de Veenhoven, 1996), les définitions du bonheur différant sensiblement d'un outil à l'autre. Si dans tous apparaissent les émotions positives (être joyeux, heureux…), ne figurent que dans certains d'entre eux la satisfaction de la vie (HLEI, OHI et OHQ), le sens donné à la vie et l'engagement (OHT) et l'absence d'émotions négatives (OHI, OHQ). Les modèles sous-jacents à ces outils continuent à être mis à l'épreuve et un corpus important de connaissances est en train de se constituer. Ce domaine s'est doté de revues comme le *Journal of Happiness Studies et* de banques de données comme le *World Database of Happiness* (Veenhoven, 2007). Quant aux recherches ayant trait au bonheur (transversales et longitudinales), elles croissent de façon exponentielle.

Avec Diener *et al.* (2003a), beaucoup d'auteurs reconnaissent que le bonheur (disposition stable à éprouver des émotions positives) est une condition nécessaire à la qualité de vie et au bien-être. Ce qui manque souvent dans les publications, c'est un schéma d'ensemble situant les notions (plus ou moins générales ou spécifiques) les unes par rapport aux autres et précisant leurs interrelations. Si les définitions du bonheur tendent aujourd'hui à se rejoindre, il n'y a pas d'accord sur la spécificité relative de cette notion ni sur son interchangeabilité avec des notions voisines (satisfaction, bien-être, qualité de vie), notions que nous allons aborder tour à tour ci-après.

3.2 La satisfaction de la vie

En psychologie, les premiers écrits concernant cette notion apparaissent à la fin des années 1960 (Bradburn, 1969, par exemple), en relation avec l'émergence de la psychologie positive et un intérêt croissant pour l'épa-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

nouissement personnel[1]. La satisfaction de la vie (SWL : *Satisfaction With Life*) est le plus souvent considérée comme la composante cognitive-évaluative du bien-être (Diener, 1984 ; 1994 ; Schimmack *et al.*, 2002). Elle résulte de la comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux. La satisfaction de la vie est évaluée le plus souvent globalement ; elle peut aussi concerner des domaines de la vie plus spécifiques (travail, famille, loisirs, santé, finances…), domaines particuliers explorés par diverses études (dont la satisfaction au travail, par exemple).

Plusieurs échelles de satisfaction de la vie ont été élaborées. Le *Personal Well-Being Index* de Cummins (2008) est un outil destiné à compléter (par huit items) l'item unique utilisé au départ (*êtes-vous satisfait de votre vie considérée globalement* ?), peu fidèle. Construit de façon extrêmement soigneuse pour des sujets australiens, il a ensuite été adapté et validé dans plusieurs langues. Ses qualités psychométriques sont bien établies. Des formes parallèles et des versions pour adolescents et enfants existent, toutes téléchargeables. Malgré son label, cet outil vise la satisfaction de la vie (générale et spécifique) plutôt que le bien-être.

Parmi les échelles de satisfaction de la vie, la plus utilisée est certainement la SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) de Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985), qui mesure la satisfaction générale envers la vie (voir tableau 1.2). C'est une échelle courte (cinq items), dont il existe une version française validée (Blais, Vallerand, Pelletier et Brière, 1989). Ses propriétés psychométriques, établies en 1985, ont été confirmées sur divers échantillons américains (Pavot et Diener, 1993). Plus récemment, Pavot et Diener (2008) ont rapporté les résultats de trente et une études menées sur divers échantillons dans différents pays ; ils confirment la bonne consistance interne de la SWLS (de 0.79 à 0,89 en 1993 ; de 0.80 à 0.87 en 2008) et sa fidélité test-retest (intervalle de 1 à 4 semaines : 0.80 environ). Les réponses ne sont pas affectées par la désirabilité sociale. La solution initiale (un facteur général expliquant environ 60 % de la variance) est généralement retrouvée, même par des techniques d'analyse différentes[2].

---

1. La psychologie positive est orientée vers le développement personnel. L'un de ses pionniers est Seligman qui créa le *Positive Psychology Center* dont le premier congrès s'est tenu à Washington en 2006. Les déterminants du bonheur seraient les émotions et expériences subjectives positives, les traits de personnalité et comportements associés, les valeurs personnelles associées. Le premier congrès s'est tenu à Washington en 2006.

2. L'item 5 : « Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien » a des saturations un peu plus faibles que les autres sur le facteur général. Il est le seul à se référer au passé, plutôt qu'au présent. Comme il est fortement corrélé aux autres, les auteurs conseillent de le conserver (sauf si l'on veut obtenir une évaluation de la satisfaction de la vie *actuelle*).

Tableau 1.2 – *L'échelle de Satisfaction de la Vie (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985), validation française de Blais* et al. *(1989)*

Consignes :

Les sujets doivent indiquer leur degré d'accord avec chaque item (de 1 : pas du tout d'accord ; à 7 : tout à fait d'accord). Le score total, somme des réponses aux items, varie de 5 à 35.

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.
2. Mes conditions de vie sont excellentes.
3. Je suis satisfait(e) de ma vie.
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.

Diener *et al.* (1985) ont administré la SWLS à 457 étudiants canadiens (229 hommes, 228 femmes ; âge moyen : 18,93 ans ; S.D : 2,64 ans). Une analyse en axes principaux a donné un facteur général de satisfaction (60 % de variance expliquée). Consistance interne, α de Cronbach = + 0,80. La structure unidimensionnelle (et l'homogénéité) de l'échelle ont été confirmées par 5 études différentes (Pavot et Diener, 1993), puis par 31 études menées dans différents pays (Pavot et Diener, 2008). Sa fidélité test-retest est bonne (.80 à .87, intervalle de 1 à 4 semaines) ; la désirabilité sociale n'affecte pas les réponses. D'après la synthèse de 2008, les scores moyens observés sont : étudiants (23.0 à 25.2 ; S.D. = 5.8 à 6.4) ; adultes (23,6 à 27,9 ; S.D. = 5.3 à 6.9) ; patients (16,1 à 24,9 ; S.D.= 6.2 à 8.4).

Les premières études montraient la relation positive de la satisfaction avec le bien-être, les émotions positives et l'estime de soi, négative avec le névrosisme. Les études rapportées en 2008 confirment la relation négative du score total de bien-être avec la dépression (score total au BDI), avec l'affectivité négative (PANAS de Watson, Clark et Tellegen, 1988a) et avec tous les sub-scores de la SCL-90 de Derogatis (1994). Dans le champ de la psychologie de la santé, cette échelle a été utilisée pour évaluer la satisfaction de la vie dans de nombreux groupes de patients (Shankland et Martin-Krumm, 2012).

La satisfaction de la vie apparaît donc bien comme l'une des composantes du bien-être (évaluative, cognitive), celui-ci étant un construit plus général, qui comprend en outre la présence d'émotions positives et l'absence d'émotions négatives. Ainsi, pour être complète, l'évaluation du bien-être doit comprendre des items de satisfaction de la vie, mais aussi des items sur les émotions et affects positifs et négatifs, comme nous allons le voir ci-après.

3.3 Le bien-être subjectif

Le bien-être psychologique ou bien-être subjectif (BES) est une notion qui connaît un regain de popularité depuis les années 2000. La réflexion

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

théorique est restée longtemps en friche et malgré le nombre important de travaux et publications, il existe encore des confusions entre notions voisines (bien-être, satisfaction de la vie, bonheur, santé, qualité de vie) longtemps considérées comme interchangeables. Bien que les définitions et échelles d'évaluation du bien-être subjectif aient longtemps été assez hétérogènes, cette situation évolue depuis une dizaine d'années (Moore, Bates *et al.*, 2012)[1].

3.3.1 Des mesures partielles du bien-être subjectif (BES)

Il existait une vingtaine d'échelles évaluant le bien-être subjectif dans les années 1980 (Diener, 1984) ; Voyer et Boyer (2001) en dénombraient quatre-vingt-cinq. Dans des enquêtes très vastes (*World Values Survey*, *Gallup World Poll*, *Eurobarometer*, *European Quality of Life Survey*, *European Societal Survey*), on utilise un seul item pour évaluer la satisfaction de la vie, le bonheur ou le bien-être (en général : « êtes-vous satisfait(e) de votre vie considérée globalement » ?). L'évaluation du bien-être subjectif par un seul item est certes économique et pratique, mais les réponses à un seul item sont instables en général, car probablement influencées par des facteurs contextuels. La fidélité test-retest des scores de bien-être subjectif varie de .40 à .66 pour les échelles à un item et de .50 à .84 pour les mesures à plusieurs items (Krueger et Schkade, 2008), dont la validité de critère est en général excellente (Mc Dowell, 2010, p. 73).

Le GPWB (General Psychological Well-Being) de Dupuy (1984), index de bien-être très souvent cité dans les années 1980-1990, comprend 18 items censés mesurer six dimensions : anxiété, dépression, bien être subjectif, contrôle, vitalité et santé globale. Selon Mc Dowell (2006, p. 240-247), ses qualités psychométriques sont satisfaisantes. Les analyses factorielles menées sur les réponses de divers échantillons donnent trois facteurs expliquant 51 % de la variance (détresse, satisfaction de la vie, santé), très corrélés entre eux, ce qui permet le calcul d'un score total. La fidélité test-retest est médiocre (beaucoup d'items concernent l'humeur, qui est instable). Si cet outil contient quelques composantes du bien-être tel que défini aujourd'hui (voir ci-après), sa validité théorique ne nous semble pas très claire.

LE WBQ (*Well-Being Questionnaire*) élaboré par Bradley (1994), a été très utilisé dans les années 1990 à 2000. L'OMS avait encouragé sa tra-

1. Moore et Bates (2012) citent huit domaines du bien-être : psychologique, social, comportemental, spirituel, physique, médical, nutritionnel, environnemental. Ne sera décrit ici que le bien-être psychologique.

duction dans différentes langues et son usage international. Au départ, il incluait vingt-deux items et permettait d'évaluer quatre dimensions : anxiété, dépression, bien-être positif et énergie. La structure factorielle de cette version s'est avérée instable. Une version courte à douze items a donné une structure à trois facteurs (affects positifs, affects négatifs, énergie), identifiée par des AFC menées sur plusieurs échantillons (Pouwer, Snoek et Van der Ploeg, 2000). Le WBQ-12 a été adapté et validé en vingt langues (dont le français) et est encore appliqué à des groupes de patients dans divers pays[1].

Le *Personal Wellbeing Index-Adult* (PWI-A) a été développé en Australie par l'International Wellbeing Group, animé par Cummins (2008). Il comprend huit items et ses propriétés psychométriques sont très bien établies. Il permet de mesurer la satisfaction relative à plusieurs domaines : niveau de vie, santé, vie réussie, sécurité, relations sociales, spiritualité. Il existe une version adulte, ainsi que des versions pour enfants et adolescents, une version pour des sujets déficients cognitifs, toutes téléchargeables et souvent validées dans plusieurs langues. La seule réserve est que les outils créés par ce groupe explorent en fait la satisfaction vis-à-vis de divers domaines, ce qui n'est qu'une partie (évaluative) du bien-être au sens actuel.

Une échelle courte de bien-être, le WHO-5, a été utilisée par l'OMS dans divers pays auprès de patients (diabétiques notamment). Cet outil ne comprend que cinq items (ce qui permet des comparaisons aisées), plus un item de satisfaction globale (voir tableau 1.3). Ses qualités psychométriques sont satisfaisantes (Bech, Olsen et Kjeller, 2003). Notons sa bonne validité prédictive vis-à-vis de la santé auto-évaluée six à qunize ans après (Bech, 2012). On peut regretter que le WHO-5, instrument à la fois valide et très court, n'explore pas tous les aspects du bien-être (il y manque les émotions négatives).

Tableau 1.3 – *Échelle WHO-5 de Bech* et al. *(2003) et de Bech (2012)*

Cette échelle fut construite pour évaluer rapidement le bien-être, comprenant : bonne humeur, calme, énergie et vitalité, intérêt pour les choses de la vie. La passation dure 2 à 3 minutes.
Consignes : Lisez une par une chacune de ces affirmations. Écrivez dans la case à droite de chaque item le chiffre décrivant le mieux la fréquence de ce que vous avez ressenti ces deux dernières semaines : 0 (jamais), 1 (rarement), 2 (de temps en temps), 3 (assez souvent, un peu plus de la moitié du temps), 4 (souvent), 5 (tout le temps). ☞

1. Les diverses versions du WBQ et leurs manuels peuvent être demandés à Clare Bradley : *c.bradley@rhul.ac.uk*.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞
1. Je me suis senti gai(e) et de bonne humeur.
2. Je me suis senti calme et détendu.
3. Je me suis senti actif et vigoureux.
4. Je me suis senti frais et dispos au réveil.
5. Je me suis senti intéressé par mes activités quotidiennes.

Le score total varie de 0 à 25. On le multiplie souvent par 4 pour obtenir des notes de 0 à 100 (comme pour le SF-36, par exemple). Plus le score est élevé, plus les états de bien-être ont été fréquents. Un score inférieur ou égal à 50 signale la présence d'affects négatifs (dépression légère éventuellement). Un score inférieur ou égal à 28 nécessite un diagnostic plus approfondi, il peut indiquer un état dépressif plus sévère. Le fait que ce score varie d'une passation à l'autre (10 % ou plus) peut indiquer des problèmes émotionnels. Dans beaucoup d'essais cliniques, le but du traitement est d'améliorer les moyennes des scores du groupe traité (en population générale, ce score est d'environ 70 à 75). L'échelle a été traduite dans plusieurs langues (www.who-5.org)
On ajoute parfois au WHO-5 un item global (de satisfaction de la vie) : Vous sentez-vous globalement satisfait de votre vie ?

3.3.2 Le modèle tridimensionnel du BES de Diener (2000)

Bradburn (1969), créateur de la *Balance Affective Scale*, fut l'un des premiers à souligner le fait que les affects positifs et négatifs sont des dimensions distinctes (et non les pôles opposés d'une même dimension). La PANAS (*Positive And Negative Affects Scale*) de Watson *et al.* (1988a ; 1988b) illustre également ceci. Diener (2000, p. 34) définissait le bien-être subjectif comme un ensemble de dimensions *émotionnelles* (présence d'émotions positives ; émotions négatives comme la dépression ou l'anxiété faibles ou absentes) et *évaluatives* (satisfaction globale et relative aux domaines de la vie). Selon Huppert et So (2011), cette école de pensée, issue d'une conception hédoniste du bien-être, s'est appuyée sur des résultats empiriques convaincants (nombreuses analyses factorielles d'items).

Aucun questionnaire ne permettant d'évaluer toutes ces composantes, on utilisa plusieurs échelles simultanément pour évaluer le bien-être subjectif. Dans l'étude d'Arthaud-Day, Rode, Mooney et Near (2005), par exemple, on a administré (à 1 628 étudiants et 1 799 adultes) l'échelle de satisfaction de la vie à cinq items de Diener *et al.* (1985), la version à vingt items de la PANAS de Watson *et al.* (1988a), l'*Affective Balance Scale* de Bradburn (1969) à dix items, un item de bonheur et un item de satisfaction globale de la vie. Les réponses, soumises à des analyses en équations structurales, se regroupent en trois facteurs distincts, mais corrélés entre eux : satisfaction de la vie, affects positifs, affects négatifs, ce qui est tout à fait compatible avec une conception tridimensionnelle du bien-être subjectif.

Le bien-être est une notion composite. Il inclut selon Diener (2000) la satisfaction de la vie (générale et par domaines), l'affectivité positive et l'affectivité négative. Ces trois composantes ont été retrouvées par des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires (Albuquerque *et al.*, 2012b). Elles apparaissent comme des dimensions distinctes, mais intercorrélées. Le modèle de Diener est en outre hiérarchique, chacune des trois dimensions principales se subdivisant à son tour en aspects plus spécifiques : la satisfaction globale en satisfaction spécifique vis-à-vis de différents domaines (profession, famille, santé, finances…), l'affectivité négative en anxiété, dépression, et l'affectivité positive en joie, fierté, amour, plaisir, etc.

3.3.3 Un modèle du BES enrichi des concepts issus de la psychologie positive

Plus récemment, certains auteurs ont tenté de conjuguer deux approches théoriques du bien-être subjectif : l'approche *hédonique* qui valorise les évaluations et émotions positives (satisfaction, plaisir, joie…) et l'approche *eudémonique* (Seligman, 2002), qui s'intéresse à ce que font les individus, à leur *fonctionnement* (engagement, signification). Des auteurs comme Lyubomirsky, Sheldon et Schkade (2005) proposeront de définir le bien-être comme ensemble d'évaluations et d'émotions positives, incluant aussi ce que la personne fait (implication, sens donné à la vie, utilisation du potentiel, réalisation de soi). Seligman (2011) décrit par un acronyme PERMA (*positive emotions, engagement, relationships, meaning, accomplishment*) la combinaison des conduites définissant le bien-être.

Les échelles de bien-être (RPWB) de Ryff et Keyes (1995) s'inspirent d'une conception eudémonique du bien-être subjectif, conçu comme un fonctionnement optimal : acceptation de soi, relations sociales positives, autonomie, maîtrise de l'environnement, objectifs de vie, développement personnel. La version de 1995 du RPWB contient dix-huit items (trois pour chacune des six dimensions). La stabilité temporelle des échelles est satisfaisante (de .81 à .88), mais leur consistance interne est faible (.33 à .56). Les analyses menées par l'auteur indiquaient une structure à six facteurs, ce que contredisent les analyses rapportées par Springer et Hauser (2006). On peut espérer qu'un raffinement prochain du RPWB-18 (homogénéité, chevauchement des sous-échelles, reformulation d'items) améliorera ses performances.

Les échelles de bien-être subjectif ont souvent une bonne consistance interne, mais une fidélité test-retest médiocre ; en effet, elles visent

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

non des traits, mais plutôt des états, affectés en général par des variations temporelles et contextuelles. Cummins et Nistico (2002) s'intéressent aux biais cognitifs positifs (liés à l'optimisme, à l'estime de soi) qui affectent les évaluations de soi. Ceux-ci permettent un maintien « homéostatique » du bien-être à l'intérieur d'une marge de variation optimale. Il serait donc intéressant de comparer différentes évaluations du bien-être (auto et hétéro-évaluations par exemple).

Diener *et al.* (2010b) ont ajouté récemment aux mesures du bien-être subjectif une échelle d'épanouissement à huit items (*flourishing*), permettant d'évaluer le fonctionnement optimal (objectifs, relations sociales, sens de la vie, engagement, optimisme, estime de soi…) ainsi qu'une échelle d'affects positifs et négatifs à douze items (SPANE, *Scale of Positive and Negative Experience*). Elles ont été administrées à six cent quatre-vingt-neuf étudiants, ainsi que d'autres échelles mesurant des notions proches (SWLS, LOT, PANAS). L'échelle d'épanouissement est homogène (.87), stable (.71, pour un mois) et corrélée aux autres mesures de bien-être subjectif (.43 à .73). Les échelles d'affectivité positive et d'affectivité négative sont homogènes (.81 à .89), ont une bonne validité convergente, mais leur fidélité test-retest est très modeste (.62 et .63).

Dans l'ESS (*European Social Survey*), enquête menée depuis 2002 (tous les deux ans) par la Commission européenne pour étudier le bien-être subjectif en Europe. Le bien-être subjectif est conçu comme le « pôle opposé des troubles mentaux » (DSM-IV ; ICD-10). Une échelle d'épanouissement à dix items a été construite, illustrant les points de vue hédonique et eudémonique (voir tableau 1.4). Au total, cinquante-cinq items (épanouissement, bien-être subjectif, satisfaction de la vie, etc.) ont été administrés à quarante-trois mille individus de vingt-deux pays européens (Huppert *et al.*, 2009 ; WHO, 2013). Les dix items d'épanouissement se regroupent en deux facteurs (caractéristiques positives ; fonctionnement positif). Quant au pourcentage d'individus « épanouis » en 2007, les pays nordiques étaient en tête, l'Europe occidentale au milieu, l'Europe de l'Est et le Portugal en dernier (Huppert et So, 2011).

Tableau 1.4 – *Items d'Épanouissement* (Flourishing)
de l'European Social Survey (Huppert et So, 2011, table 1)

1. **Compétences** : La plupart du temps, j'ai le sentiment de réussir ce que je fais.
2. **Implication, engagement** : J'aime bien apprendre des choses nouvelles.
3. **Sens** : Je pense que ce que je fais dans ma vie a de la valeur.
4. **Optimisme** : Je suis généralement optimiste quant à mon avenir.
5. **Relations positives** : Il y a des gens qui se préoccupent de moi.

☞

☞
6. **Résilience** (cotation inversée) : Quand les choses vont mal, il me faut du temps pour retrouver un état normal.
7. **Estime de Soi** : En général, j'ai une bonne opinion de moi-même.
8. **Emotions positives** : Globalement, diriez-vous que vous êtes heureux ?
9. **Stabilité émotionnelle** : La semaine passée, je me suis senti(e) calme, tranquille.
10. **Vitalité** : La semaine dernière, j'ai eu beaucoup d'énergie.

L'épanouissement est défini ici comme l'opposé des troubles mentaux (et pas seulement leur absence). Une commission d'experts a identifié dix composantes de l'épanouissement et illustré chacune par un item. Les réponses à l'item « émotions positives » vont de 0, très malheureux, à 10, extrêmement heureux. Les réponses aux items de stabilité émotionnelle et de vitalité se font sur une échelle en 4 points (de 1, jamais ou presque jamais, à 4, toujours ou presque toujours). On répond aux autres items selon une échelle en 5 degrés (de 1, pas du tout d'accord, à 5, tout à fait d'accord) et la cotation de l'item de résilience est inversée. L'AFE des 10 items donne deux facteurs (43 % de V.E.) : *caractéristiques positives* (vitalité, résilience, stabilité émotionnelle, optimisme, bonheur, estime de soi) et *fonctionnement positif* (implication, sens, relations positives, compétences). Des AFC établissent que ce modèle en 2 facteurs est compatible avec les résultats des analyses menées sur les données de 22 pays d'Europe.

Le modèle tridimensionnel du bien-être subjectif (satisfaction vie, affects positifs, affects négatifs) de Diener (2000) a été très populaire et a été validé par de nombreuses études empiriques (Albuquerque *et al.*, 2012b). Nous avons vu ci-dessus que certains auteurs y ont ajouté récemment des échelles d'épanouissement (*Flourishing*), dont les qualités psychométriques et les relations à d'autres mesures du bien-être subjectif sont satisfaisantes, même si des questions se posent[1]. Lorsque l'on ajoute de nouvelles composantes, il faut à nouveau établir le statut relatif de l'ensemble et la validité théorique des différents modèles du bien-être subjectif (Mc Dowell, 2010). Nous pensons, avec Gosselin (2005), qu'il est nécessaire de poursuivre le travail en mettant à l'épreuve des modèles concurrents, afin d'aboutir enfin à un lexique commun[2].

Le bien-être subjectif est généralement considéré comme une issue, car de nombreux traitements et prises en charge visent son amélioration (Mc Dowell, 2010). Des facteurs de divers types l'affecteraient, facteurs

1. Les facettes de l'épanouissement (compétences, engagement, signification…) étant autoévaluées, il s'agit de fonctionnement *perçu*. Certains biais affectant les autoévaluations (désirabilité sociale, insincérité, biais d'optimisme, etc.), les relations observées par Diener *et al.* (2010b) entre *flourishing* et satisfaction de la vie (+ .62) et entre flourishing et optimisme (+ .59) sont sans doute en partie attribuables à cette source de variance commune.

2. Clark et Senik (2011) se demandent quelle est la validité théorique de cet ensemble (satisfaction de la vie générale et spécifique + épanouissement + émotions positives et négatives). Diener *et al.* (2010b) discutent de ces divers points.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

dispositionnels, environnementaux, culturels et génétiques (Diener, Oishi et Lucas, 2003 ; Ozer et Benet-Martinez, 2006 ; Steel, Schmidt et Shultz, 2008). Albuquerque *et al.* (2012a) montrent que certains antécédents de personnalité N (Névrosisme), E (Extraversion) et C (Être Consciencieux) sont fortement associés au bien-être subjectif. Celui-ci est aussi parfois considéré comme un antécédent (effets du bien-être subjectif sur la longévité, la santé, etc.). Certains auteurs proposent d'élaborer des modèles théoriques explicites et réfutables (composantes du bien-être subjectif, hiérarchie, antécédents, effets) et de les mettre à l'épreuve des faits empiriques (Cummins et Lau, 2004b ; Cummins, 2005).

3.4 La santé

Nous évoquerons dans le chapitre 5 les diverses croyances et conceptions relatives à la *santé* et à la *maladie* (voir *infra*, chap. 5). Nous aborderons ici cette notion du point de vue des sciences de la santé (médecine, santé publique, épidémiologie, psychologie de la santé, etc.). Selon Mc Dowell (2006, p. 10), la santé est une notion abstraite et complexe, que l'on peut définir de façon plus ou moins large ou étroite. On évalue souvent la santé partiellement et indirectement, ce qui pose le problème de la sélection des indicateurs : quels domaines (santé physique et fonctionnelle, mentale, sociale, spirituelle, etc.), quel point de vue (mesures objectives, hétéro-évaluations, auto-évaluations), quel degré de spécificité (mesures plus ou moins globales ou spécifiques) ?

3.4.1 L'évolution des définitions de la santé et la maladie

Les conceptions furent d'abord unidimensionnelles et inspirées par la médecine et la psychiatrie : être en bonne santé, c'était ne pas souffrir de maladie ou de handicap. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la santé et la maladie ont été longtemps considérées comme les deux extrémités d'un continuum allant de la maladie à la santé (Antonovsky, 1987) (voir figure 1.1). Cette unidimensionnalité s'appliquait aussi à la santé mentale, s'étendant depuis les troubles mentaux et affects négatifs extrêmes (peur, désespoir, rage…), jusqu'à l'intégrité et aux affects positifs les plus intenses (joie, bonheur…). Cette conception, selon laquelle la santé est simplement l'inverse de la maladie, a suscité de nombreuses critiques (Derogatis, Fleming, Sudler et Della Pietra, 1996).

Une conception bidimensionnelle de la santé apparaît après la Seconde Guerre mondiale : « La santé est un état complet de bien être, physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap » (OMS, 1946). La santé des individus pourrait donc être située sur deux dimensions distinctes, l'une correspondant à différents degrés de pathologie (de l'absence jusqu'à un niveau extrême), l'autre à différents degrés de bien-être (*idem*). Les chercheurs en sciences de la santé ont donc élargi leur champ d'investigation des maladies et états affectifs négatifs au bien-être et états affectifs positifs. L'intérêt pour la « salutogenèse » (comment se construit une bonne santé physique, mentale, sociale…) est beaucoup plus récent que celui que l'on porte au développement des pathologies somatiques, mentales et sociales.

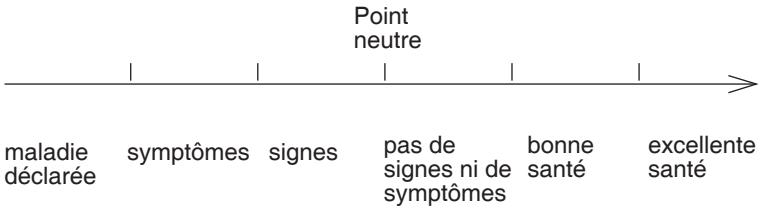


Figure 1.1 – *Continuum allant de la maladie la plus sévère à un excellent état de santé (d'après Antonovsky, 1987)*

Breslow (2006) décrit trois *révolutions* dans le domaine de la santé. La première a consisté à combattre de mieux en mieux les maladies transmissibles (première cause de mortalité dans beaucoup de pays encore). La seconde (XX^{e} siècle) a consisté à lutter de plus en plus efficacement contre les maladies chroniques, causes majeures de mortalité dans les pays développés (maladies cardio-vasculaires et cancers notamment). Ce combat est loin d'être achevé, mais les progrès thérapeutiques et la longévité croissante des populations (voir *infra*, chap. 2) annoncent une troisième ère, où un objectif s'ajoutera aux précédents : mener la meilleure vie possible. Depuis 1984, l'OMS définit la santé comme « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins » (OMS, 1984a). La santé inclut désormais aussi les ressources contribuant à un fonctionnement optimal. Il ne s'agit plus seulement de prévenir

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et traiter les maladies, il s'agit aussi d'aider les individus à profiter plus longtemps d'une vie de qualité[1].

Le fait que la santé comprenne plusieurs domaines (physique, mental, social…) et soit bidimensionnelle (présence/absence de maladie ; présence/absence d'états positifs) commence à être largement admis. On intègre de plus en plus dans les définitions de la santé les ressources perçues (autonomie, contrôle…), ce qui traduit la même évolution que pour le bien-être[2]. Nordenfelt (1995) affirmait par exemple que « la santé est la capacité (physique, psychique, etc.) à atteindre ses objectifs par soi-même ». Ainsi, des personnes atteintes de graves déficiences (ou handicaps) peuvent très bien être objectivement diminuées et estimer pourtant que leur état (mental, physique…) leur permet tout à fait de réaliser leurs aspirations[3].

3.4.2 Les mesures de santé et de maladie

Depuis longtemps, la santé des populations est évaluée à partir de différents indicateurs (longévité, mortalité infantile, morbidité…). Elle est souvent évaluée indirectement et chaque mesure n'en donne qu'une vue partielle. On utilise en médecine, en santé publique ou en épidémiologie un très grand nombre d'indicateurs de santé (physique, mentale), le plus souvent considérés comme des variables dépendantes (ou critères à prédire). Les mesures sont : plus ou moins simples ou complexes ; collectives (santé d'une population) ou individualisées ; objectives (par exemple, résultats d'analyses de laboratoire) ou subjectives et globales (santé auto-évaluée). Nous examinerons surtout ici des indicateurs individuels de la santé.

---

1. Certaines conceptions de la santé comprennent le bien-être matériel, ce qui est l'objet de controverses (OMS, 1984b).

2. Santé et bien-être sont des notions proches ; mais le bien-être est évalué de façon subjective (auto ou hétéro-évaluation) et la santé de façon plurielle (auto et hétéro-évaluations, tests, enregistrements, etc.).

3. Certains patients, pourtant en bonne santé objective, sont inquiets à propos de leur santé, multipliant les consultations et absorbant beaucoup de médicaments (c'est le « comportement de maladie »). *A contrario*, il a été observé que des patients atteints de traumatismes médullaires, de myopathies évolutives, de sclérose en plaques, malgré de sévères limitations physiques objectives, se déclarent plutôt satisfaits de leur vie (Musschenga, 1997). Lesquels sont les plus malades ?

↘ *La santé des populations : mortalité et morbidité*

Le taux de mortalité est le nombre de décès sur mille individus dans une population donnée, pendant un an. C'est une mesure simple, aisément disponible, qui permet des comparaisons, à condition de préciser certains paramètres (âge, genre, tranche d'âge, pays, ethnie…). La morbidité est le nombre (ou la proportion) de personnes atteintes d'une maladie donnée dans une population donnée, ce qui est plus difficile à obtenir.

En épidémiologie, on se demande parfois quels sont les facteurs de risque accroissant la probabilité de développer une pathologie. On constitue un échantillon de sujets sains au départ (chez lesquels on évalue divers antécédents) et l'on suit cette « cohorte » plusieurs mois ou années à l'issue desquels on évaluera l'issue. La mortalité est le taux de décès dans la cohorte pendant le suivi. La morbidité est le taux de personnes ayant développé une pathologie pendant le suivi[1]. On utilise les registres d'état civil, les dossiers médicaux (hôpitaux, dispensaires…), les examens et tests médicaux subis. Le nombre de congés de maladie ou de consultations médicales pendant une durée déterminée donne également des informations sur la morbidité au niveau collectif ou individuel.

L'évaluation de l'état de santé des populations s'appuie donc classiquement sur ces données (mortalité, morbidité) lorsqu'elles sont disponibles. On utilise depuis 1993 (World Bank) une famille de nouveaux index, les HALY (*Health-Adjusted Life Years*). Ils permettent de décrire la morbidité et la mortalité des populations avec un seul chiffre, ce qui permet de les comparer aisément[2]. DALY (*Disability Adjusted Life Year*) est le nombre d'années de vie en bonne santé qui sont perdues (mort prématurée, invalidité) à cause d'une maladie ou d'un handicap. Ces indicateurs ont été vivement critiqués (Mont, 2007) et il existe des indices jugés plus pertinents combinant qualité et quantité de vie comme QALY (*Quality-Adjusted Life Year*), nombre d'années de *vie en bonne santé* gagnées grâce à un traitement ou une intervention. L'utilisation pratique de ces index (politiques de santé, prises de décision médicales) pose des problèmes méthodologiques et éthiques (Gold, Stevenson et Fryback, 2002).

1. L'incidence est le taux de nouveaux cas apparaissant pendant une période déterminée (1 an par exemple). La prévalence est le nombre de personnes d'une population présentant une pathologie donnée à un moment donné.

2. Le sida, par exemple, induit un certain nombre d'années en bonne santé perdues. Si un sujet y survit dix ans avec un taux d'invalidité de 40 %, puis décède vingt ans avant l'âge espéré, DALY = 24 ans (4 ans invalidité + 20 ans décès prématuré). Cet indicateur ne prend pas en compte l'invalidité perçue dont nous avons souligné l'importance.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

↘ *La santé des individus, mesures objectives*

On utilise depuis longtemps des mesures et enregistrements pour évaluer l'état de santé des individus (rythme cardiaque, pression artérielle, électro-encéphalogramme, radiographie…). Des paramètres biochimiques (taux de certaines substances dans le sang, l'urine, la salive) apportent des informations additionnelles sur le fonctionnement de divers systèmes ; certaines mesures de l'activité du système immunitaire permettent en outre de connaître l'évolution de certaines maladies et l'état des défenses du patient (cancers, malades respiratoires, infection par le VIH, maladies auto-immunes, etc.).

Ces techniques ont été complétées par la scintigraphie, le scanner, l'échographie, la TEP (tomographie par émission de positons) et l'IRM (imagerie par résonance magnétique). On peut ainsi « voir » de façon de plus en plus fine ce qui se passe à l'intérieur des organes. Ces techniques permettent d'affiner le diagnostic et parfois de tester l'effet des traitements, ceci pour diverses pathologies (cancers, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, rétrécissement des artères coronaires…). La scintigraphie permet même de détecter des métastases, de visualiser le niveau d'activité de cellules tumorales, d'évaluer le débit sanguin au niveau du cœur ou encore l'évolution d'une fracture osseuse.

↘ *La santé physique par hétéro-évaluation*

On peut s'intéresser au « fonctionnement » des individus, et dans quelle mesure ils peuvent se lever, s'habiller, se laver, se faire à manger, monter des escaliers, etc. Généralement, ce sont des soignants ou des proches qui remplissent les échelles d'activités de la vie quotidienne (*Activity of Daily Living*), évaluant le fonctionnement de sujets âgés, handicapés ou malades. Mc Dowell (2006) cite dix-sept index de ce type et donne pour chacun ses caractéristiques et ses qualités psychométriques. Les meilleurs selon lui sont le *Barthel Index* à dix items (version de Fortinsky, Granger et Seltzer en 1981) et le HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) à vingt items (Fries, 1983)[1]. En cas d'auto-évaluation, Mc Dowell (2006) suggère de bien distinguer ce que le sujet *ne peut pas faire* (limitations fonctionnelles réelles) de ce qu'il *n'a pas envie de faire* (rôles sociaux, motivations).

1. Le HAQ, qui évaluait à l'origine les problèmes des arthritiques (activités quotidiennes) a été appliqué à d'autres groupes de patients. Les auteurs proposent la forme PROMIS-HAQ, disponible en plusieurs langues : P*ROinformation@mapi-trust.org*

Pour évaluer les problèmes de santé en population générale, il existe des listes de signes et symptômes comme la SIRS à cent vingt-six items (*Seriousness of Illness Rating Scale*) de Wyler, Masuda et Holmes (1968). Il existe des échelles plus courtes comme la QWBS (*Quality of Well-Being Scale*) de Fanshel et Bush (1970), liste de vingt-trois problèmes de santé, symptômes et limitations (elle ne vise pas le bien-être subjectif malgré son nom, mais l'état fonctionnel). Il existe d'autres échelles abrégées comme la FSIS (*Frequency of Serious Illness Scale*) à treize items, qui permet de noter l'occurrence de divers problèmes de santé pendant une période donnée : maux de tête, hypertension, troubles vasculaires, respiratoires, etc. (Cohen et Williamson, 1988).

Les plus simples sont les échelles visuelles analogiques (EVA) (variant souvent de 0, ma santé est la pire possible, à 100, la meilleure possible). On trouve une EVA de ce type dans l'Index de performance de Karnofsky (Karnofsy et Bur Chenal, 1949), construit au départ pour évaluer l'état fonctionnel des patients en oncologie et encore utilisé aujourd'hui dans des contextes cliniques variés et dans l'EQ-5 (voir *infra* tableau 1.6). Ce genre d'outil illustre bien une conception bipolaire (unidimensionnelle) opposant santé et maladie.

La FIM (*Fonctional Independence Measurement*) de Keith, Granger *et al*. (1987) est largement utilisée (en réhabilitation, par exemple). Ici, c'est un professionnel de santé qui évalue l'autonomie fonctionnelle des patients (voir tableau 1.5)[1]. Les dix-huit items (évalués sur une échelle de 1 à 7) explorent six domaines (soins personnels, contrôle des sphincters, mobilité, locomotion, communication, cognition sociale). La validité de contenu a été établie très soigneusement. Les qualités psychométriques du FIM sont très satisfaisantes : fidélité test-retest (.83 à .95), fidélité inter-évaluateurs (.62 à .99), consistance interne (.93 à .95). Sa validité discriminante, sa validité de critère (avec divers index, dont l'Index de Barthel) et sa validité prédictive sont tout aussi bonnes (Timbeck et Spaulding, 2003)[2].

1. La FIM a été mise à l'épreuve sur des patients cardiaques, des traumatisés crâniens, des patients atteints de sclérose en plaques, d'hémiplégie, des sujets âgés en réhabilitation post-opératoire et des enfants.

2. Ce sont surtout les soignants qui remplissent ces échelles dans le contexte d'une entrevue avec le patient. La qualité des informations obtenues dépend de la relation qui s'est établie (coopération, sincérité) et des capacités du patient (mémoire, identification des symptômes).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 1.5 – *Mesure d'Autonomie Fonctionnelle FIM de Keith, Granger* et al. *(1987)*

http://www.medicine.mcgill.ca/strokengine-assess/PDF/FIMappendixD.pdf
http://www.va.gov/vdl/documents/Clinical/Func_Indep_Meas/fim_user_manual.pdf

	À l'admission	**À la sortie**	**Suivi**
S'occuper de soi			
A. Manger			
B. Hygiène, soins			
C. Prendre un bain			
D. S'habiller (le haut du corps)			
E. S'habiller (le bas du corps)			
F. Faire sa toilette			
Contrôle des sphincters			
G. Contrôle de la miction			
H. Contrôle du sphincter anal			
Mobilité			
I. Se déplacer (chaise-lit-fauteuil)			
J. Aller aux toilettes			
K. Aller prendre une douche			
Locomotion			
L. Marcher/Avancer en fauteuil			
M. Monter des escaliers			
Sous-total Moteur			
Communication			
N. Compréhension			
O. Expression			
Social et Cognition			
P. Interactions sociales			
Q. Résolution de problèmes			
R. Mémoire			
Sous-total Cognitif			
TOTAL Score FIM			

Niveaux : Répondre à tous les items de 7 (complètement autonome) à 1 (complètement dépendant avec assistance totale). Entrer 1 si le patient ne peut être testé.

☞

☞

Autonomie : 7. Autonomie complète 6. Autonomie (assistée par appareillage)	**Pas d'aidant**
Dépendance partielle : 5. Supervision (mais le sujet fait 100%) 4. Assistance minime (sujet : 75% à 100%) 3. Assistance modérée (sujet : 50% à 75%) **Dépendance totale :** 2. Assistance Maximale (sujet : 25% à 50%) 1. Assistance Totale (sujet : moins de 25%)	**Aidant**

Afin de classer les maladies, handicaps et problèmes de santé, l'OMS a constitué en 2000 un comité d'experts internationaux. Une Classification Internationale des Maladies (CIM) est publiée depuis (par exemple, OMS, CIM-10, 2008). Elle fournit un codage pour toute la gamme des *problèmes de santé, structures et fonctions du corps, handicaps, activités et participation sociales,* ainsi que *des facteurs contextuels pouvant les affecter*. La CIM permet d'évaluer l'incidence et la prévalence des maladies et problèmes de santé et de comparer les populations de divers pays. Certaines études ont évalué ses propriétés psychométriques : sa validité de contenu et sa fidélité semblent devoir être améliorées (Okochi, Utsunomiya, Takahashi, 2005 ; Cieza et Stucki, 2005).

↘ *Santé physique auto-évaluée*

Il existe de nombreux auto-questionnaires invitant les répondants à décrire leurs problèmes de santé (physique, mentale…) et leur utilisation des services de soins (hospitalisations, consultations). Ils sont en général courts et simples. Le HSII (*Health Service Utilisation Index*), par exemple, contient quatre items concernant les hospitalisations et consultations médicales durant l'année précédente ; l'IPRAM (*Inability to Perform Routine Activities Measure*) contient trois items relatifs au nombre de jours du mois précédent où, pour des raisons de santé, on n'a pas pu effectuer ses activités quotidiennes ou professionnelles (Cohen et Williamson, 1988)[1].

On peut signaler également l'EQ-5, outil court, accessible (le questionnaire et le manuel sont téléchargeables). On dispose de validations et normes pour quinze pays (EuroQoL, 1990 ; Szende et Williams,

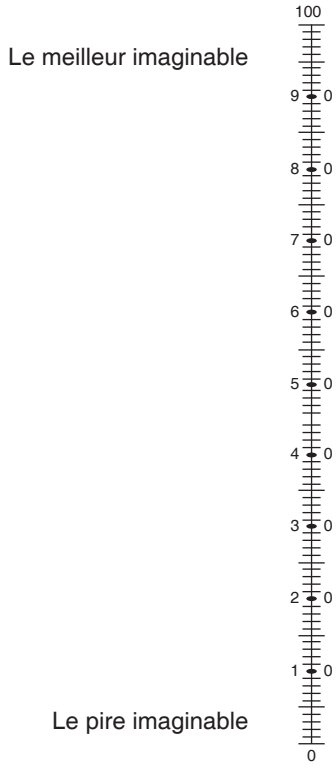
1. Il existe diverses échelles permettant d'évaluer les comportements sains et à risques (habitudes alimentaires, sommeil, consommation d'alcool et de cigarettes, pratique d'activités physiques) et les médicaments consommés (catégorie, quantité).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

2004). Il comprend une EVA (évaluer son état de santé de 0 à 100) et cinq aspects de la santé à auto-évaluer de 1 à 3 (mobilité, soins, activités, douleurs, anxiété-dépression) (voir tableau 1.6).

Tableau 1.6 – *L'EQ-5D (EuroQoL Group, 1990 ; Szende et Williams, 2004, p. 12-13)* (www.euroqol.org)

Échelle visuelle analogique : Indiquez sur l'échelle ci-joint (par un petit trait) quel est votre état de santé aujourd'hui, de 0 (le pire imaginable) à 100 (le meilleur imaginable).



Pour chacun des groupes ci-dessous, cochez celle des trois réponses proposées qui correspond le mieux à votre état de santé aujourd'hui :

1) Mobilité
- Je n'ai aucun problème pour me déplacer ○
- J'ai quelques problèmes pour me déplacer ○
- Je suis obligé(e) de rester au lit ○

2) Prendre soin de soi
- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi ○
- J'ai quelques problèmes pour me laver ou m'habiller ○
- Je n'arrive pas à me laver ou m'habiller seul(e) ○

☞

☞

3) Activités quotidiennes (travail, études, maison, loisirs ou famille)
– Je n'ai aucun problème pour m'acquitter de mes activités quotidiennes ○
– J'ai quelques problèmes pour m'acquitter de mes activités quotidiennes ○
– Je n'arrive pas à m'acquitter de mes activités quotidiennes ○

4) Douleurs et gênes
– Je n'éprouve aucune douleur ni gêne ○
– J'éprouve des douleurs (ou des gênes) modérées ○
– J'éprouve des douleurs ou des gênes extrêmes ○

5) Anxiété-Dépression
– Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) ○
– Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) ○
– Je suis très anxieux(se) ou déprimé(e) ○

Une échelle d'auto-évaluation de la santé physique très utilisée est l'index psychosomatique, sous-échelle du SCL-90 (Symptom Checklist-90) de Derogatis (1994). Il comprend douze items décrivant des symptômes banals, dont il faut évaluer la gêne qu'ils ont occasionnée pendant une période déterminée, sur une échelle de 1 (pas du tout) à 4 (énormément) (voir tableau 1.7).

Tableau 1.7 – *Index Psychosomatique du SCL-90-R de Derogatis (1994), sous-échelle d'auto-évaluation de la santé physique*

Voici une série de problèmes qui peuvent se présenter. Pourriez-vous cocher la case correspondant au degré auquel chacun de ces problèmes vous ont perturbé(e) ou ennuyé(e) au cours des … jours précédents (y compris aujourd'hui) 1, pas du tout ; 2, un peu ; 3, assez à beaucoup ; 4, énormément ?

Ces problèmes m'ont perturbé	**1**	**2**	**3**	**4**
– Maux de tête – Défaillances ou vertiges – Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine – Douleurs dans le bas du dos – Nausées ou douleurs d'estomac – Douleurs musculaires – Difficultés respiratoires – Sueurs froides ou bouffées de chaleur – Fourmillements ou picotements – Gorge nouée – Faiblesse dans certaines parties du corps – Lourdeur dans les bras ou les jambes				

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

On peut également citer le HPQ (Health Perception Questionnaire) de Ware (1976) et ses dérivés (*General Health Rating Index*, GHRI) qui se composent d'items (trente-trois et vingt-deux items respectivement) invitant le répondant à évaluer son état de santé actuel, passé, futur, sa résistance aux maladies, ses préoccupations envers sa santé et ses attitudes envers la maladie[1]. Ce qui est visé par ces divers outils (la santé perçue) correspond à certains modèles théoriques (comme le *Health Belief Model*, décrit au chap. 5) et complète utilement les mesures « objectives » de la santé fonctionnelle dans la pratique clinique (soins, prises en charge…).

↘ *Santé émotionnelle et santé mentale*[2]

Il existe de très nombreuses échelles d'auto-évaluation des états psychologiques positifs et négatifs (états anxieux, dépressifs, détresse…). Une dizaine d'entre eux sont présentés de façon complète par Mc Dowell (2006, p. 206-272). Certains outils ne visent que la santé émotionnelle (présence d'affects positifs, absence d'affects négatifs), comme l'ABS (*Affect Balance Scale*) à dix items de Bradburn (1969) et la PANAS à vingt items de Watson *et al*. (1988a, 1988b), très utilisée (consignes trait ou état) et qui a de bonnes qualités psychométriques (voir *infra*, chap. 4).

D'autres visent des aspects plus larges de la santé psychologique, comme la GWBS (*General Well-Being Schedule*) de Dupuy (1984), déjà citée et le GHQ (*General Health Questionnaire*) de Goldberg et Hillier (1979). Le GHQ demande au répondant s'il a présenté les semaines précédentes (plus ou moins que d'habitude) certains symptômes (anxiété, insomnies, symptômes somatiques, dysfonctionnement social, dépression). Il existe diverses versions du GHQ (à 60, 30 ou 12 items) ; leurs qualités psychométriques sont satisfaisantes. Seule, la version courte (GHQ-12) est présentée ici (voir tableau 1.8).

Parmi les auto-questionnaires permettant d'évaluer la présence de divers troubles psychologiques, on peut citer la SCL 90-R de Derogatis (1994) et sa forme abrégée à cinquante-trois items, le BSI (*Brief Symptom Inventory*), qui explore neuf catégories de symptômes (somatisation, troubles obsessionnels-compulsifs, dépression, anxiété, hostilité, phobie, idées paranoïdes, sensibilité interpersonnelle, psychotisme). Il

1. Vingt-deux items du HPQ forment le GHRI (*General Health Rating Index*) utilisé dans la *RAND's Health Insurance Study* (Davies, Sherbourne, Preterson et Ware, 1988), mesurant six dimensions spécifiques et un facteur général. Les qualités psychométriques de ces deux outils sont satisfaisantes.

2. Les instruments de diagnostic servant à évaluer les troubles mentaux sévères sortent du cadre de la psychologie de la santé.

existe de nombreuses échelles multidimensionnelles de ce type sollicitant l'hétéro- ou l'auto-évaluation de la santé mentale et des échelles spécifiques mesurant une seule dimension à la fois (Anxiété, Dépression, Hostilité-Colère, etc.). On peut constater que les outils visant la santé émotionnelle et mentale ont un spectre plus ou moins large et des intitulés plutôt élastiques. Quant aux dimensions générales (non pathologiques) de la personnalité (types et traits) et à leurs outils de mesure, ils seront décrits plus loin (voir *infra*, chap. 3 et 4).

Tableau 1.8 – *Une échelle brève de santé mentale, le GHQ-12 (General Health Questionnaire-12) de Goldberg et Hillier (1979)*

Consignes :
Ce questionnaire vous permet d'exprimer ce que vous avez ressenti ces derniers temps. Lisez attentivement les questions. Cochez, parmi les degrés proposés (0, 1, 2 ou 3) celui qui vous correspond le mieux.
Les sujets répondent sur des échelles de Likert en 4 degrés. De 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup plus que d'habitude) pour les items 2, 5, 6, 9, 10 et 11. La cotation est inversée pour les 6 autres items, de 3 (plutôt mieux ou plutôt plus que d'habitude) à 0 (plutôt moins bien ou plutôt moins que d'habitude).
Durant ces trois derniers mois :
1. Avez-vous été capable de vous concentrer quelles que soient vos activités ?
2. Avez-vous eu des problèmes de sommeil à cause de vos soucis ?
3. Avez-vous eu le sentiment de servir à quelque chose ?
4. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre les décisions de la vie courante ?
5. Avez-vous eu le sentiment d'être constamment sous pression ?
6. Avez-vous eu l'impression de ne pas être capable de surmonter vos difficultés ?
7. Avez-vous été capable de prendre plaisir à vos activités habituelles ?
8. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?
9. Vous êtes-vous senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?
10. Avez-vous perdu confiance en vous ?
11. Vous êtes-vous considéré(e) comme « bon(ne) à rien » ?
12. Avec le recul, vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se) ?
On calcule un score total (qui varie de 0 à 36). Cette échelle est très homogène et très valide. Elle a été traduite dans de nombreuses langues.

Fonctionnement cognitif. L'intérêt pour l'évaluation des troubles et altérations du fonctionnement cognitif augmente en raison de la longévité croissante des populations (environ 7 % des individus de plus de 65 ans et un tiers des plus de 85 ans sont atteints de démence). Le problème ici est de repérer ceux qui affectent le fonctionnement quotidien et l'autonomie des personnes. Beaucoup d'outils, grâce à des tests et entretiens menés par des personnels de santé, leur permettent d'évaluer le fonctionnement cognitif d'autrui (troubles mnésiques, déclin cognitif, démences).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Nous citerons par exemple le MMSE (*Mini Mental State Examination*) de Folstein, Folstein et McHugh (1975), qui permet de déterminer le niveau de détérioration cognitive dans six domaines : orientation, attention, calcul, langage, mémorisation, rappel, capacités psychomotrices. De nombreux autres outils permettent d'explorer le fonctionnement cognitif de diverses populations (sujets âgés, populations psychiatriques, patients hospitalisés pour troubles neurologiques ou autres).

Santé sociale. La santé sociale est une caractéristique moins familière que la santé physique ou émotionnelle, surtout lorsqu'elle s'applique à des individus (on préfère parler de sociabilité, d'intégration sociale, de réseau relationnel, etc.). C'est la façon dont une personne se comporte avec les autres, la façon dont les autres se comportent avec elle et ses liens sociaux ; certains auteurs y incluent le soutien social perçu et certains processus d'ajustement[1]. La santé sociale est l'un des *domaines* le plus souvent explorés dans des questionnaires génériques de qualité de vie comme le SF-36, le SIP ou le WHOQOL.

Il existe quelques méthodes explorant de façon spécifique le fonctionnement social des individus dans un contexte thérapeutique (auto- ou hétéro-évaluation). Certains outils, pourtant anciens, sont valides et fidèles, comme la SAS à quarante-deux items (*Social Adjustment Scale*) de Weissman et Bothwell (1976), qui permet de savoir si des patients qui ont subi divers traitements (psychothérapie, sevrage) arrivent à assumer divers rôles sociaux (familial, professionnel, parental…), considérés ici comme des issues. L'ISSI à cinquante-trois items (*Interview Schedule for Social Interaction*) de Henderson, Duncan-Jones et Byrne (1980) permet de savoir si certaines fonctions des liens sociaux d'une personne (attachement, sécurité, intégration sociale…) la protègent contre l'adversité.

Nous avons présenté séparément les facettes de la santé pour des raisons de clarté, mais elles sont en interaction étroite. Il n'y a pas, par exemple, de santé globale sans santé mentale (OMS, 2005). Les maladies mentales (troubles bipolaires et unipolaires, schizophrénie, démence, addictions…) ont des effets délétères spécifiques sur la santé (OMS, 2012). Les connexions entre les maladies mentales et les autres aspects de la santé sont souvent sous estimées. Les troubles mentaux sont des facteurs de vulnérabilité (risque accru de diverses pathologies infectieuses, de dommages corporels, etc.). Inversement, un mauvais

1. Les échelles de soutien social seront décrites dans le chapitre consacré aux processus transactionnels (*infra*, chap. 6).

état de santé augmente le risque de trouble mental. Pour un examen détaillé de ces co-morbidités, voir Prince, Patel, Saxena *et al.* (2007).

Plusieurs outils permettent d'évaluer la santé des individus dans plusieurs domaines à la fois (physique, mental ou émotionnel, social). Parmi les plus utilisés (et les plus valides), on peut citer : le DHP (*Duke Health Profile*) de Parkenson, Broadhead et Tse (1990), le FSQ (*Functional Status Questionnaire*) de Jette, Davies et Cleary (1986), le HUI (*Health Utilities Index*) de Torrance (Horsman, Furlong, Feeny, Torrance, 2003), le MFAQ (*Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*) de l'OARS (1978), le MMHI (*McMaster Health Index*) de Chambers (1976) et le SIHI (*Single-Item Health Indicators* (Andrews et McKennel, 1980)). Nous les avons considérés comme des mesures générales de santé (auto-évaluée et en outre hétéro-évaluée pour quelques-uns). Ils explorent essentiellement la santé physique, émotionnelle, cognitive, parfois sociale et leurs dysfonctionnements (voir tableau 1.9)[1].

3.5 Conclusion : bien-être subjectif, santé, qualité de vie

Malgré l'évolution des outils de mesure de la santé depuis les années 1970, des mesures et index hétérogènes coexistent encore actuellement. Ils sont souvent issus de besoins pratiques plus que de conceptions théoriques de la santé. Au niveau des domaines et contenus, les outils utilisés explorent surtout la santé physique (et les limitations fonctionnelles), la santé mentale et émotionnelle et, à un moindre degré, le fonctionnement cognitif et la santé sociale. Le fonctionnement des individus (et ses limitations) a d'abord été évalué à l'aide de mesures objectives ou par des professionnels. De plus en plus, on recourt à l'auto-évaluation, sans doute pour des raisons de moindre coût, mais aussi pour d'autres raisons. En effet, la façon dont l'individu perçoit sa propre santé complète très utilement les évaluations objectives. L'auto-évaluation, malgré les biais qui l'entachent, donne des informations irremplaçables ; elle prédit mieux que le statut fonctionnel objectif la satisfaction des patients et le recours à des services et soins médicaux[2]. Bien que ces notions soient différentes, nous verrons ci-après à quel point la santé est un aspect majeur de la qualité de vie (mais non le seul).

1. Nous avons classé le NHP, le SIP, le SF-36 et le SF-12 avec les mesures de la QdVS plutôt que de santé ou de QdV.

2. Le contenu de ces échelles ne correspond pas toujours aux définitions actuelles de la santé (pas seulement absence de maladie ou de handicap, mais présence de bien-être, de ressources perçues et d'un fonctionnement optimal).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 1.9 – *Quelques mesures génériques de santé hétéro- et auto-évaluée*

Auteur **Date publication originelle**	**Items** **Évaluateur** **Durée**	**Santé physique**	**Santé mentale**	**Santé sociale**	**Autres**	**Qualités psychométriques** **Études réalisées** **Utilisations**
Duke Health Profile (DHP) Parkerson, 1990	17 Auto < 10 mn		Mémoire Langage		Estime de soi Santé perçue	Fidélité * Validité ** Études ** Évaluer l'état fonctionnel des patients (issue). http://www.healthmeasures.mc.duke.edu
Functional Assessment Inventory (FAI) Crewe, Athelsan, 1981,1984 Existe en auto-questionnaire	40 Tiers < 20 mn	Vision Motricité Condition physique	Cognition Communication	Réseau social, Famille	Qualification professionnelle Comportements adaptatifs Attrait physique Personnalité	Fidélité ** Validité ** Études * Créé pour évaluer le potentiel d'un patient en réhabilitation en vue d'un retour à l'emploi. Résume les limitations et les ressources (tous types d'incapacités). www.svri.uwstout.edu/
Functional Status Questionnaire (FSQ) Jette, 1986	34 Auto 15 mn	Activités quotidiennes	Santé mentale	Activités sociales, relations sociales	Travail Maladies	Fidélité ** Validité ** Études ** Évaluer l'état fonctionnel des patients ambulatoires et leurs besoins. http://www.qolid.org/public/FSQ.html
Health Utilities Index (HUI) Torrance et Feeny, 1990 HUI 1 à HUI 3	31 Auto, tiers < 5 mn	Vision Mobilité Audition Élocution Douleurs	Cognition Émotions			Fidélité ** Validité *** Études ** Mesure générique de l'état de santé (score d'utilité de 0 à 1). Pour chaque attribut, choix entre 6 degrés de capacités. huinfo@healthutilities.com www.fhs.mcmaster.ca/hug/index.htm
McMaster Health Index (MMHI) Chambers, 1976 Version canadienne-française (Fortin, Kerouac, 1977) Voir mise à jour Chambers, 1993	59 Auto ou tiers 20 mn	Activités physiques Mobilité Soins	Affects soi, autrui, futur,...	Rôles sociaux Relations familiales et amicales	Loisirs Travail Evénements de vie	Fidélité * Validité * Études ** Fournit un profil du fonctionnement des patients (recherche clinique, évaluation de services de santé). Non disponible en ligne.
Older American Resources and Services (OARS) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire Duke University, 1975, 1988 Plusieurs versions	120 + 24 Tiers 45 mn	Santé physique Activités quotidiennes	Santé affective Capacités cognitives	Ressources et capacités sociales	Activités Revenus Besoins	Fidélité ** Validité ** Études *** Évaluer le statut fonctionnel de patients adultes et âgés, les aides et soins dont ils ont besoin. www.geri.duke.edu/service/oars.htm

D'après Mc Dowell (2006) : Fidélité, validité : excellente : ***, bonne : **, médiocre : *. Études réalisées : beaucoup : ***, plusieurs : **, peu :*

4. La qualité de vie[1]

La qualité de vie (QdV) est une notion à la popularité croissante. Selon Kaplan et Ries (2007), elle apparaît comme mot-clé de 1972 à 2002 dans quatre mille cinq cents articles (rythme moyen de cent cinquante par an, contre cinq cents par an depuis 2002). La qualité de vie a été souvent confondue avec des notions voisines, comme le *bonheur*, d'origine philosophique, le *bien-être matériel* (*welfare*) d'origine économique, le *bien-être subjectif* (*well-being*) d'origine psychologique et sociologique, la *santé physique*, d'origine médicale et la *santé mentale*, d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est une vie de qualité. Si chacune a un champ relativement spécifique, elles se chevauchent en partie ; c'est le concept de *qualité de vie* qui est le plus général de tous. Pour Cummins (2005), la qualité de vie est un concept *multidimensionnel*, influencé par des facteurs personnels et environnementaux et par leurs interactions, pouvant être évalué objectivement et/ou subjectivement[2].

4.1 Les conceptions et définitions de la qualité de vie

La qualité de vie est une notion complexe, pluridisciplinaire et pluridimensionnelle. Elle est parfois confondue avec des notions voisines, son champ d'étude n'étant pas encore stabilisé. Plusieurs disciplines ont marqué les conceptions de la qualité de vie (sciences économiques et politiques, médecine, sciences sociales). Au-delà des frontières disciplinaires, la notion fait référence à différents cadres théoriques : théorie des besoins, théorie de l'utilité, théorie fonctionnaliste (Leplège, 2008, p. 199). Même si, globalement, les positions tendent à se rapprocher, il n'existe pas encore de définition consensuelle de la qualité de vie. Parfois appliqué à des groupes (sociétés, pays, etc.), ce concept est le plus souvent appliqué à des individus. La qualité de vie peut être évaluée de diverses façons (auto et hétéro-évaluations, mesures et index objectifs) et sur diverses dimensions : santé physique (état fonctionnel, autonomie), santé psychologique (et spiritualité), relations sociales, niveau socio-économique et environnement, séparément ou conjointement.

1. Sur les origines et les évolutions de la notion de QdV et les disciplines qui lui ont donné naissance, voir *supra* paragraphes 1 et 2.

2. Cummins (2005) propose de définir la QDV avec les mêmes dimensions pour tous, afin de pouvoir comparer des individus, des groupes, etc. Cette idée fonde le recours à des instruments génériques, utiles même pour des groupes spécifiques.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Il existe beaucoup de définitions de la qualité de vie ; celle du WHOQOL Group (1994) semble la plus généralement admise : c'est la « perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. C'est un concept intégratif large, affecté de façon complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, en relation avec les caractéristiques essentielles de son environnement ». Il existe de nombreuses autres définitions (plusieurs dizaines selon McDowell, 2006 et Rapley, 2003).

Malgré leur diversité, il y a des points communs entre les diverses définitions de la qualité de vie : notion globale et multidimensionnelle, comprenant plusieurs dimensions (santé physique, psychologique, sociale…), évaluée objectivement (par exemple, état de santé) et/ou subjectivement (par exemple, satisfaction vis-à-vis d'un domaine). La qualité de vie est influencée par des facteurs généraux (par exemple, environnement, culture) mais aussi plus personnels (normes, valeurs, attitudes, croyances, etc.)[1]. Nous examinerons successivement ce qui caractérise les approches objectives et les approches subjectives de la qualité de vie. Certains auteurs souhaitent les intégrer afin de faire de la qualité de vie un concept unique (incluant les deux points de vue), d'autres récusent la pertinence de cette combinaison et souhaitent que soient bien différenciées ces deux approches.

4.2 Conceptions objectives de la qualité de vie

Jusque vers les années 1960, on évaluait la qualité de vie des nations à partir d'indicateurs économiques objectifs (taux de pauvreté, taux de chômage, produit intérieur brut…). Puis on s'intéressa au « bien-être » des populations en utilisant divers indicateurs (espérance de vie, mortalité infantile, épidémies, pollution, scolarisation…). L'école scandinave des années 1980 (Drenowski, Erikson, Uusilato) se centra exclusivement sur ce type d'indicateurs (niveau collectif et individuel), dont on trouvera une liste détaillée dans Rapley (2003). À la fin du XX^{e} siècle, on évoluera des conceptions objectives de la qualité de vie vers des conceptions subjectives, des indicateurs économiques (*welfare*) vers des

1. La qualité de vie liée à la santé (QdVS) est un sous-ensemble de la QdV. C'est l'impact de la santé d'un individu (physique, mentale, sociale) sur sa QdV globale. La QdVS est une notion très importante en psychologie de la santé et dans les autres sciences de la santé, pour lesquelles il s'agit souvent d'un critère à prédire.

indicateurs psychosociaux, d'une conception collective à une conception individualisée.

L'UNDP (United Nations Development Programme, 2011) a créé un index de qualité de vie composite, l'IDH (indice de développement humain), constitué de trois dimensions : santé (espérance de vie à la naissance), éducation (durée moyenne de la scolarisation) et niveau de vie (produit intérieur brut par habitant). Cet indice permet de classer les pays (la France n'est que 20e sur 187)[1]. Dans ce rapport, l'UNDP souligne les progrès réalisés en matière de développement humain pendant les dernières décennies mais aussi l'urgence et l'importance des mesures à prendre pour réduire les risques environnementaux et les inégalités qui pèsent sur les générations à venir.

L'un des problèmes posés par les indicateurs objectifs de qualité de vie est la difficulté à s'accorder sur les ressources, opportunités, services et biens qui permettraient d'assurer aux groupes humains la satisfaction de leurs besoins. Au-delà des besoins vitaux, il n'existe pas de standard quant à la hiérarchie des besoins. Il n'est pas évident d'inclure dans les index de qualité de vie une liste de besoins à satisfaire en raison de divergences entre conceptions. Certains auteurs se réfèrent encore à la hiérarchie des besoins de Maslow (1970), qui les classe selon une pyramide, depuis les besoins vitaux en bas (manger, boire, avoir un logement…) jusqu'à des besoins plus élevés (besoin de sécurité, besoin d'aimer et d'être aimé, besoin d'estime, besoin d'accomplissement). Beaucoup d'autres classifications existent.

Gupta et Agrawal (2011) passent en revue les efforts de divers pays et institutions pour inclure dans leurs index de qualité de vie des indicateurs correspondant à la satisfaction des besoins civiques des citoyens (libertés, droits, sécurité…). L'ONU s'est fixé huit objectifs à atteindre en 2015 : éliminer l'extrême pauvreté et la faim, aboutir à l'éducation primaire pour tous, à l'égalité des sexes (autonomisation des femmes), à la réduction de la mortalité infantile, à l'amélioration de la santé des mères, mener le combat contre les maladies infectieuses, garantir un environnement durable et un accès à l'eau potable pour tous, construire un partenariat mondial pour le développement (ONU, Objectifs du millénaire pour le développement, 2012).

Divers indicateurs objectifs sont utilisés pour décrire l'état des sociétés et des individus. Ils sont notés dans des registres et fichiers et sont donc

1. L'IDH sert à évaluer le développement économique et social dans les différents pays du monde. Il établit un minimum et un maximum pour chaque dimension (balises) et situe ensuite chaque pays par rapport à ces dernières.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

aisément disponibles, d'où sans doute leur succès. Même si on les spécifie au niveau individuel (revenu, santé physique, santé émotionnelle, travail, relations familiales, relations sociales, logement, quartier…), ces indicateurs ne permettent pas de savoir comment les individus évaluent leurs conditions de vie et si celles-ci correspondent à ses besoins et désirs (Bognar, 2005). À cette conception objective de la qualité de vie, extérieure et descriptive, s'opposera, puis s'ajoutera, une conception subjective, seulement accessible par auto-évaluation. C'est bien la façon dont chaque individu perçoit sa santé, par exemple, qui détermine en grande partie sa demande et son utilisation des services de soins (Leplège, 2008).

4.3 Conceptions subjectives de la qualité de vie

La qualité de vie trouve son origine dans le *mouvement des indicateurs sociaux* au milieu des années 1960. Les conceptions qui s'en inspirent (aux États-Unis et en Europe de l'Ouest) s'intéressent à des indicateurs subjectifs et individualisés (bien-être, satisfaction, bonheur), issus du domaine de la santé mentale et en continuité avec les philosophies humaniste et utilitariste. La qualité de vie sera vue comme une notion alternative à celle de bien-être matériel (Rapley, 2003, p. 5-10), dont elle s'éloignera de plus en plus, pour se rapprocher des notions de satisfaction et de bien-être subjectif, en opposition avec l'école scandinave. La Société internationale des études sur la qualité de vie (ISQOLS) sera créée au milieu des années 1990. Elle contribuera à la complexité croissante de la notion de qualité de vie, qui inclura peu à peu divers domaines et différents points de vue[1].

La définition de la qualité de vie de l'OMS (WHOQOL Group, 1994), donnée précédemment, traduit la tendance, dominante actuellement, à privilégier le point de vue de la personne (perception qu'un individu a de sa place dans l'existence). Pour la majorité des auteurs, la qualité de vie ne se réduit pas à des ressources objectives (conditions de vie, état de santé…), elle doit inclure le fait que ces ressources sont *vécues* par les individus comme plus ou moins satisfaisantes (selon leurs besoins, désirs et aspirations). Le décalage entre le « réel » et le « perçu » est parfois important. Une bonne qualité de vie générale correspond à un sentiment global de satisfaction (réponse positive à la question banale « comment ça va » ?), ainsi qu'à la satisfaction vis-à-vis des différents domaines de la vie.

1. http://www.isqols.org/

Dans différentes disciplines (économie, sciences sociales), la qualité de vie est définie aujourd'hui comme un concept intégratif, ne se limitant pas à l'état de santé ni au niveau de vie, mais se rapportant à d'autres domaines, relationnel et social en particulier (communauté, famille, travail, sexualité…). En ce qui concerne plus précisément la santé, de nombreuses études montrent que, plus que l'état de santé réel, c'est la façon dont les individus le perçoivent qui détermine la demande de soins, l'observance et le résultat des traitements. Les études menées dans les sciences de la santé prennent en compte non seulement l'état de santé des usagers évalué d'un *point de vue biomédical* mais aussi, de plus en plus, le *point de vue des patients* (Leplège, 2008). Selon Acquadro *et al.* (2008), un tel point de vue subjectif fournit des informations irremplaçables concernant l'impact d'une maladie et des soins qui y sont associés sur les patients, ou concernant les issues des traitements et leurs aspects qualitatifs (bien-être) plutôt que quantitatifs (temps de vie gagné).

La qualité de vie liée à la santé (QdVS) – ce qui, dans la qualité de vie, est affecté par la santé physique et mentale des individus – n'est qu'un sous-ensemble de la qualité de vie. Pour l'évaluer, on demande en général aux individus de décrire leur état de santé et le retentissement de celui-ci sur les divers domaines de leur vie. Mais les mesures de la QdVS posent des problèmes particuliers (Cummins, 2004a ; Leplège, 1999, 2008). Il n'y a, par exemple, qu'une faible corrélation entre l'état de santé objectif et la santé subjective[1]. Les problèmes de santé effectifs (par exemple, incontinence, douleurs, etc.) n'impliquent pas forcément que la qualité de vie liée à la santé soit mauvaise et l'absence de pathologie ne correspond pas toujours à une bonne QdVS perçue[2]. En faire la somme, ce serait mélanger des variables de statut théorique différent. Cummins (2003 ; 2008a) propose de ne pas combiner les scores concernant l'état de santé objectif, ce que l'on peut faire en revanche pour les scores partiels de qualité de vie liée à la santé perçue[3].

1. D'après dix études, la corrélation moyenne entre les mesures objectives et subjectives de QdV est de 0.12 ; entre des mesures objectives, de 0,31 ; entre des mesures subjectives de 0,38 (Cummins, 2003).

2. Selon Brédard et Soulas (2012), 54 % des sujets ayant une atteinte grave (handicap, traumatisme, maladie) estiment pourtant que leur QdV est satisfaisante.

3. Le fait d'additionner des réponses objectives à des items disparates (être riche, avoir des amis, du diabète, vivre en prison) serait absurde. En revanche, des items différents (santé, réussite, relations sociales, niveau de vie) mais sollicitant une évaluation subjective (par exemple, la satisfaction), sont très intercorrélés et peuvent être combinés, comme dans le *Personal Well-Being Index* de Cummins (2008a).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

La QDV est souvent auto-évaluée sur une échelle de 0 à 100 ; les scores moyens sont de 75 ± 2,5 dans les populations occidentales, de 70 ± 5 ailleurs. Suite à un événement de vie majeur, ce score diminue puis revient peu à peu à son niveau antérieur. Des conditions de vie très difficiles, des processus d'ajustement débordés et une diminution momentanée de la qualité de vie subjective ont été observés, par exemple chez les aidants familiaux de proches très malades (m = 54,5, s.d. = 11,3), des chômeurs de longue durée (m = 50,4, s.d. = 18,0) et des traumatisés médullaires (m = 48,8, s.d. = 23,8). Selon Cummins (2003), un processus homéostatique (cognitif et émotionnel) permet à un individu confronté à l'adversité de maintenir un certain niveau de qualité de vie perçue. Nous y reviendrons à propos des processus d'ajustement élaborés face à une maladie (voir *infra*, chap. 6).

4.4 Conceptions intégratives

La plupart des auteurs estiment à présent que la qualité de vie comprend à la fois des aspects objectifs et subjectifs, qui en sont tous deux des indicateurs valides. Comment s'organisent ces divers indicateurs dans un modèle global de la qualité de vie ? Il existe dans la littérature des conceptions intégratives diverses. Les unes sont simplement additives, d'autres impliquent à la fois les conditions de vie objectives et la façon dont les individus les perçoivent et les utilisent pour se réaliser. Parmi les définitions intégratives additives, on trouve par exemple celle-ci : « La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie et sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » (WHOQOL Group, 1995). Le modèle (issu de cette définition) proposé par Urzúa et Caqueo-Urízar (2012) illustre bien une conception intégrative et additive de la qualité de vie. Il inclut les points de vue objectif et subjectif envers les principaux domaines (voir figure 1.2).

Cette définition est complète, mais elle est quelque peu statique. Certaines définitions de la QDV en soulignent les aspects processuels, comme celle-ci : la QDV c'est « l'ensemble des ressources (sociales, personnelles et physiques) nécessaires à une personne pour réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins » (OMS, 1984a). D'autres définitions considèrent la QDV comme un véritable système : « La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et de critères individuels, du système "personne-environnement" de chaque individu » (Lawton, 1997).

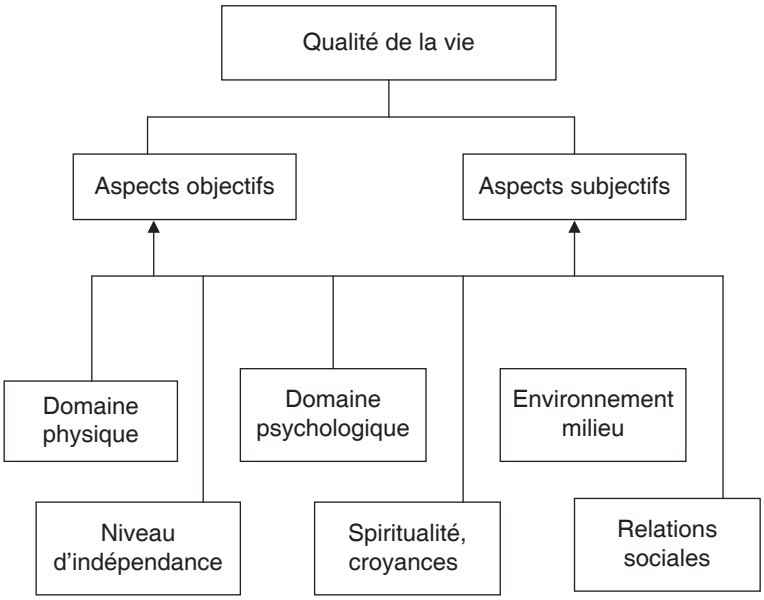


Figure 1.2 – *Une conception intégrative de la qualité de vie (définition de l'OMS, 1995) (d'après Urzúa et Caqueo-Urízar, 2012)*

Certains auteurs considèrent que si la qualité de vie est bien un ensemble de dimensions, ces dimensions *n'ont pas la même importance selon les individus*. Il faudrait selon eux les pondérer en fonction des préférences et des objectifs des individus. Certains inventaires systémiques de qualité de vie ont ainsi été élaborés, comme, par exemple, l'ISQV (*Inventaire systémique de qualité de vie*), dont il existe des versions différentes selon l'âge et le contexte (Étienne, Dupuis, Spitz, Lemétayer, Missotten, 2011)[1].

Les définitions de la QDV en termes à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages : elles prennent en compte à la fois les composantes « externes » (état de santé, conditions de vie…) et « internes » (satisfaction, bien être subjectif…), plusieurs points de vue (auto- et hétéro-évaluation), et elles supposent des interactions dynamiques entre les composantes de la QDV, en termes de processus[2]. Ce sont certainement les conceptions les plus heuristiques actuellement. Le déve-

1. Ces outils ont été construits en collaboration par des chercheurs de l'université de Liège (Étienne), de l'UQAM (Dupuis) et de l'université de Metz (Spitz, Missotten, Lemétayer) (*http://www.iprps.be/pdf/dupuis.pdf*)

2. Urzúa *et al.* (2012) proposent un modèle dynamique de la QdV. Les dimensions se réfèrent à des processus individuels comme la comparaison sociale (avec autrui) et la distance perçue (attentes/réalité). On peut en outre pondérer les domaines selon l'importance que leur accorde chaque personne.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

loppement de modèles systémiques de la qualité de vie étant en plein essor, on peut s'attendre à une expansion des mises à l'épreuve de ces modèles par des analyses confirmatoires. Nous considérerons à présent certains domaines plus spécifiques de la QDV.

4.5 Les domaines et composantes de la qualité de vie[1]

La qualité de vie est un concept complexe et composite. Certains auteurs soulignent son caractère unitaire et global, d'autres s'attachent à décrire ses composantes, d'autres mettent l'accent sur le type d'évaluation (objectif, subjectif) le plus pertinent (Rapley, 2003). La définition de l'OMS (WHOQOL Group, 1994) se réfère à des dimensions assez généralement acceptées : santé physique, santé psychologique, autonomie, relations sociales, environnement (certains y ajoutent la spiritualité). Ces domaines peuvent être évalués diversement (auto- et hétéro-évaluation, mesure objective). L'état fonctionnel d'un patient peut être décrit par exemple : par le patient lui-même (santé perçue), par un diagnostic médical et/ou par des enregistrements (radiographie, scanner, électroencéphalogramme, etc.). Les auteurs sont souvent obligés de faire des choix (composantes, points de vue), choix souvent guidés par des considérations pratiques (Rapley, 2003, p. 92-93).

4.5.1 Le domaine physique de la qualité de la vie

Lorsqu'on est passé des mesures de santé à celles de qualité de vie au milieu des années 1980, est apparue la notion de QdVS (qualité de vie liée à la santé). Cette notion englobe la santé subjective (physique, mentale…), ainsi que ses répercussions sur les autres domaines de la qualité de vie ; il est donc plus vaste que celui de santé subjective. Les outils correspondants ne précisent pas toujours qu'il s'agit de QdVS et sont souvent dénommés autrement (bien être, santé, maladie, qualité de vie), comme le MOS-SF36, la QWB ou le SIP (voir tableau 1.10). Les outils mesurant la QdVS accordent un poids très important à l'autonomie fonctionnelle (assumer les tâches quotidiennes, les rôles familiaux, sociaux ou professionnels). La qualité de vie liée à la santé ne concerne donc pas le fonctionnement général des individus comme la qualité de vie globale, c'est une notion plus spécifique.

1. Les notions de bien être, bonheur, satisfaction de la vie, santé, QdV, QdVS, sont encore parfois confondues. Ce sont des issues à prédire dans les recherches testant l'impact de leurs divers déterminants. Dans les recherches appliquées, elles permettent de comparer les effets de divers types d'interventions menées auprès de patients ou de la population générale.

Tableau 1.10 – *Quelques mesures génériques de Qualité de Vie et de Qualité de Vie liée à la Santé. D'après Mc Dowell (2006) : Fidélité, validité : excellente : ***, bonne : **, médiocre : *. Études réalisées : beaucoup : ***, plusieurs : **, peu : *.*

Nom outil Auteur(s) Date publication originelle Versions	**Items Dimensions Évaluateur Durée**	**Santé physique**	**Santé mentale**	**Santé sociale**	**Autres**	**Qualités psychométriques Études réalisées Utilisations Site(s)**
European Quality of Life Instrument (EQ-5D) EuroQoL Group, 1990, 2004 Versions dans plusieurs langues	5 + VAS. Santé globale. Auto, entretien, ou observateur. 5 mn.	Mobilité Douleur Prendre soin de soi	Anxiété-Dépression (pas d'items cognitifs)		Activités habituelles	Fidélité *** Validité ** Études *** Instrument simple et court de QdVLS générique, développé par EuroQoL. Profil ou index (scores d'utilité pondérés). Essais cliniques et recherches Pour patients ayant maladies sévères. http://www.euroqol.org/
Flanagan Quality of Life Scale Flanagan, 1982 Burckhardt, 2003a, 2003b	15 items + 1. 5 mn. Auto, entretien, ou observateur.	Santé physique Autonomie	Capacités cognitives Compréhension de soi	Relations sociales Activités sociales Rôle professionnel	Loisirs Créativité Bien-être matériel	Fidélité *** Validité ** Études ** Mesure la QdV et la QdVLS. Population générale (15 items) et malades chroniques (item d'autonomie en plus). Trois facteurs (relations sociales, bien-être physique et matériel, activités civiques). http://www.qolid.org
Medical Outcome Study Short-Form 36 (SF-36) Ware, 1990 ; 1992, 1996 Formes : SF-20, SF-12, SF-8 SF-36 et SF-12, Versions dans de nombreuses langues	36 (ou 12). 8 dimensions. Auto ou entretien. < 10 mn (ou < 4 mn).	Fonctionnement physique Douleurs Vitalité, énergie, fatigue	Santé mentale générale, détresse et bien-être	Fonctionnement social	Limitations dues à santé physique Limitations dues à santé mentale Perception globale santé	Fidélité *** Validité *** Études *** Évalue la santé physique et mentale des populations (enquêtes, politiques de santé). Échelle de QdVLS très populaire. Large applicabilité (pratique clinique, recherche). www.sf-36.org www.iqola.org/ www.sf-36.org/tools/sf12.shtml
Nottingham Health Profile (NHP) Hunt, 1981, 1985 Versions dans beaucoup de langues, dont le français (Bucquet *et al.*, 1990)	38 + 7. Auto. < 15 mn.	Capacités physiques Douleurs Sommeil Énergie	Réactions émotionnelles	Isolement social	Effet santé sur travail, loisirs, relations sociales, vacances, sexualité, etc.	Fidélité ** Validité ** Études *** Échelle QdVLS très utilisée en Europe (comme issue, enquêtes, essais cliniques). Un peu redondante. www.qolid.org/public/NHP.html

☞

☞ Nom outil Auteur(s) Date publication originelle Versions	Items Dimensions Évaluateur Durée	Santé physique	Santé mentale	Santé sociale	Autres	Qualités psychométriques Études réalisées Utilisations Site(s)
Quality of Life Index (QL-I) Spitzer, 1981 Existe en 4 langues dont le français	5. Auto et clinicien. 5 mn.	Santé Autonomie	État émotionnel	Soutien social	Activités	Fidélité ** Validité ** Études ** Échelle courte de QdVLS destinée à des patients en phase terminale. Évaluer l'effet des traitements.
QWBS (Quality of Well-Being Scale Bush et Kaplan, 1973 Kaplan, 1988 Versions longue (et courte)	27 (ou 18). Symptômes ou problèmes. Auto ou entretien. 18 mn (7 mn).	Symptômes Douleurs Fatigue	Anxiété Dépression Troubles du sommeil Troubles de la pensée, apprentissage	Activités sociales	Sexualité	Fidélité *** Validité ** Études *** Applicable à des patients (maladie aiguë, chronique) et à la population générale. Symptômes et incapacités : index QALY. Mesure QdVLS, utile diagnostic et pronostic. Détresse émotionnelle sous-représentée. www.outcomes-trust.org/instruments.htm
Sickness Impact Profile (SIP) Bergner, 1976, 1981 Version courte (SIP 68), peut servir de grille pour l'entretien. Versions dans 11 langues, dont le français. Formes abrégées.	136. 12 catégories. Auto, observateur ou entretien. < 30 mn.	Mobilité Locomotion Prendre soin de soi	Pbs cognitifs Troubles de l'expression et des émotions	Relations sociales	Travail Sommeil Alimentation Loisirs	Fidélité *** Validité *** Études *** Répercussions maladie et traitement sur problèmes émotionnels, cognitifs, sociaux. Mesure la QdVLS. Un peu long. SIP sert souvent de critère de validation. Applications larges (groupes, pays, maladies). www.mapi-research-inst.com/ www.outcomes-trust.org/instruments.htm
WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS II) WHO, 2001 Traduit en 16 langues	36. 10 mn. Auto, entretien (proche)	Prendre soin de soi Se déplacer	Comprendre et communiquer	Sociabilité Partici-pation sociale	Activités quotidiennes	Instrument relativement récent de QdVLS. Évalue les limitations dues aux pbs de santé dans six domaines. Basé sur la classification ICF de l'OMS, 2001. http://www.who.int/icidh/whodas/
WHOQOL-100 et WHOQOL-BREF WHOQOL Group, 1994 6 domaines et (4 domaines)	100 (ou 26). Auto (ou entretien). 20 à 25 mn (10 mn).	Santé physique (et autonomie – dépendance)	Santé psychique (et spiritualité)	Relations sociales	Environnement	Fidélité *** Validité *** Études ** Échelle de QdV utilisée mondialement. Très nombreuses applications en clinique et dans recherches. Structure factorielle discutée. www.who.int./evidence/assessment-instruments/qol/

Le domaine physique de la qualité de vie comprend deux sous-domaines : la *santé physique* (état de santé) et les *capacités fonctionnelles* (autonomie), qui se subdivisent à leur tour en composantes plus fines. Ainsi, la santé physique comprend-elle l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biomédicaux. Les capacités fonctionnelles incluent le statut fonctionnel, la mobilité, les activités quotidiennes pouvant être accomplies et la relative autonomie (ou dépendance). Ces deux sous domaines peuvent être évalués de façon « externe » (résultats d'analyses et examens ; diagnostic médical) ou « interne » (santé et capacités fonctionnelles subjectives). Après avoir longtemps utilisé des données externes pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, on prend de plus en plus en compte l'autoévaluation.

En effet, pour des raisons pratiques (coût) autant que théoriques (intérêt du point de vue du patient), on recourt à l'auto-évaluation de la santé. Les techniques sont plus ou moins simples ou complexes : le patient doit, par exemple, indiquer combien de fois il a utilisé des services de soins (consultations, hospitalisations) pendant une période donnée, évaluer son état de santé sur une échelle visuelle analogique (de 0 à 100) ou sur une échelle de Likert (de « très mauvaise » à « excellente »). Parfois, il doit évaluer la fréquence (ou l'intensité) de certains symptômes (90 symptômes dans la SCL-90 de Derogatis, 1994), tâche plus complexe.

Parfois, la même grille est remplie par les médecins et par les personnes malades. Plusieurs échelles leur proposent par exemple d'évaluer les capacités fonctionnelles et l'autonomie (ou d'autres aspects de la qualité de vie liée à la santé des patients), comme l'échelle de performance de Karnofsky *et al.* (1949), la SIRS (*Seriousness of Illness Rating Scale*) de Rosenberg, Hayes et Peterson (1987) ou le MMHI (*McMaster Health Index*) de Chambers (1993). La concordance entre médecins et patients, quant à la sévérité de la maladie par exemple, est souvent modeste : une corrélation de + .37 a été observée pour des patients atteints de sclérose en plaques (Hudson *et al.*, 2010) ; des désaccords (dans 31 % à 42 % des cas) sont rapportés pour des patients atteints d'arthrite rhumatoïde (Barton *et al.*, 2010). Un tel décalage peut être dû en partie à des processus qui permettent aux patients de maintenir, face à des symptômes assez sévères, une estime de soi et une qualité de vie acceptables.

La plupart des échelles de santé, de qualité de vie et de qualité de vie liée à la santé incluent une évaluation par les patients de leur santé physique et leur autonomie fonctionnelle (voir tableau 1.10). Ceci a

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

suscité quelques objections : ces échelles ne seraient adaptées qu'à des personnes très malades et seraient trop peu sensibles pour les autres ; elles ne correspondraient pas vraiment à l'expérience vécue des patients, leurs items étant élaborés par des experts et non à partir d'une analyse du discours des premiers. S'il reste certes à améliorer les échelles existantes (sensibilité, fidélité et validité), leur intérêt majeur est de fournir des informations précieuses. C'est bien notre façon de percevoir notre santé et nos limitations (plus que notre état de santé réel), qui prédit fortement de nombreuses issues de santé, comme le bien-être global (Cummins, 2004b) ou l'observance (DiMatteo *et al.*, 2007).

4.5.2 Le domaine psychologique de la qualité de vie

Ce domaine se subdivise en aspects plus spécifiques. Le WHOQOL-100, par exemple contient six domaines, dont la santé psychologique, qui se subdivise à son tour en cinq composantes : affects positifs ; affects négatifs ; estime de soi ; capacités cognitives (pensée, mémoire, concentration, capacités d'apprentissage) ; image du corps et apparence perçue. La spiritualité, les croyances personnelles et la religion, parfois incluses dans la dimension psychologique de la qualité de vie, constituent ici un domaine à part. Le domaine psychologique comprend la présence d'*émotions et affects positifs*, mais aussi l'absence, la rareté ou la faible intensité des *affects négatifs* (anxiété, dépression)[1]. On reconnaît ici la conception bidimensionnelle de la santé ; ce qui a été dit plus haut à propos de la santé émotionnelle s'applique ici au sous-domaine psychologique de la qualité de vie.

La composante cognitive (pensée, mémoire, apprentissage, concentration) peut être explorée de diverses façons : l'auto-évaluation permet de savoir si le sujet est conscient de ses troubles ; elle doit être complétée par l'avis d'un tiers (un professionnel) utilisant des techniques d'observation (rating scales) pouvant apporter un éclairage intéressant sur les difficultés cognitives du sujet et par des tests (dont il existe des versions adaptées aux caractéristiques sociodémographiques des sujets).

Le domaine psychologique de la qualité de vie inclut aussi des processus évaluatifs comme l'estime de soi (confiance en soi, satisfaction vis-à-vis de soi, de ses capacités…) et la satisfaction vis-à-vis de son apparence et de son corps (image du corps). Si l'on souhaite explorer

1. Les échelles de QdV évaluent les états affectifs négatifs (anxiété, dépression) par très peu d'items : trois items dans le SF-36 (Ware, 1992 à 2008), un seul item « Je suis anxieux ou déprimé » dans l'EQ-5D (EuroQoL Group, 2004). Il faut souvent les compléter par des échelles de dépression ou d'anxiété comme la CES-D, le HADS ou la STAI-Y (voir *infra*, chap. 3).

ces dimensions plus en détail, il existe divers questionnaires d'estime de soi (voir *infra*, chap. 4) ou d'image du corps, comme, par exemple, le QIC, validé sur des échantillons français (Koleck, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie et Quintard, 2002) (voir tableau 1.11). Les relations entre image du corps et estime de soi sont étroites (Bruchon-Schweitzer, 1990, p. 173-289 ; Boujut et Bruchon-Schweitzer, soumis). Des perturbations de l'estime de soi et de l'image du corps sont en cause, par exemple dans les TCA (troubles des conduites alimentaires).

Tableau 1.11 – *Questionnaire d'image du corps QIC*

Consignes : Nous vous demandons de penser à votre corps et d'évaluer l'impression globale que vous en avez. Pour cela, des aspects de votre corps vous sont présentés sous forme bipolaire (bonne santé/mauvaise santé ; fragile/résistant,..). Pour chacun de ces aspects, nous vous demandons de choisir une réponse parmi les 5 réponses possibles (1, 2, 3, 4 ou 5), en cochant d'une croix (X) la case qui correspond le mieux à la manière dont vous percevez cet aspect de votre corps en ce moment. Évitez la réponse moyenne (3) autant que possible. En ce moment, vous considérez votre corps comme :

1. en mauvaise santé	1	2	3	4	5	en bonne santé
2. physiquement attirant	5	4	3	2	1	non attirant
3. source de plaisir	5	4	3	2	1	de déplaisir
4. féminin	(voir cotation item 4 en bas)					masculin
5. pur, propre	5	4	3	2	1	impur, sale
6. exprimant la crainte	1	2	3	4	5	exprimant l'audace
7. vide	1	2	3	4	5	plein
8. quelque chose que l'on touche	5	4	3	2	1	que l'on ne touche pas
9. indifférent, froid	1	2	3	4	5	tendre, chaleureux
10. exprimant la colère	1	2	3	4	5	exprimant l'apaisement
11. expressif	5	4	3	2	1	non expressif
12. quelque chose que l'on cache	1	2	3	4	5	que l'on montre
13. calme, serein	5	4	3	2	1	nerveux, inquiet
14. vieux	1	2	3	4	5	jeune
15. érotique	5	4	3	2	1	non érotique
16. fragile, faible	1	2	3	4	5	résistant, fort
17. joyeux	5	4	3	2	1	triste
18. quelque chose que l'on ne regarde pas	1	2	3	4	5	que l'on regarde
19. énergique	5	4	3	2	1	non énergique

Cotation (en français) :
Le score total de satisfaction corporelle (SC) est obtenu en additionnant les scores du sujet aux 19 items du questionnaire : les items 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16 et 18 sont cotés de 1 à 5 ; les items 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15, 17 et 19 sont cotés de 5 à 1 ; l'item 4 est coté de 1 à 5 pour les hommes et de 5 à 1 pour les femmes. Le score final varie de 19 (minimum) à 95 (maximum).

☞

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞

Validation et qualités psychométriques :
Le QIC a été appliqué à un échantillon de 1 222 sujets adultes français (542 hommes, âge moyen : 30,7 ans, écart-type : 15,4 ans ; 680 femmes, âge moyen : 27,0 ans, écart-type de l'âge 11,8 ans). Ce groupe comprenait 317 étudiants en éducation physique, 611 étudiants en sciences et sciences sociales, 146 patients atteints de cancers et 140 patients lombalgiques. Une ACP menée sur les réponses des hommes et des femmes (séparément et ensemble) a donné un axe général (saturations toutes ≥.30) dénommé Satisfaction Corporelle. Il explique 25,6 % de la variance. L'homogénéité est bonne (α = .83). Le score moyen de Satisfaction Corporelle est de 73,9 (S.D. 10,5) pour les hommes et de 72,9 (S.D. 9,0) pour les femmes. La fidélité test-retest pour 89 collégiens et lycéens est de .86 (intervalle 10 jours). Le score de Satisfaction a une bonne validité de critère divergente : corrélations négatives avec l'anxiété (trait et état), la dépression, l'alexithymie et le névrosisme (-.20 à -.55), positives avec l'extraversion (+.37). Il n'est pas affecté par l'insincérité ni par la désirabilité sociale. Un score élevé de Satisfaction Corporelle est associé à une durée d'hospitalisation plus courte chez les patients cancéreux (r=.64). On trouvera tous les détails de cette validation du QIC sur 1222 sujets français dans : Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gélie, F., Gilliard, J., Quintard, B. (2002). The Body-Image Questionnaire : an extension, *Perceptual and Motor Skills, 94,* 189-196.

4.5.3 Le domaine social de la qualité de vie

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine majeur de la qualité de vie. On oppose généralement une vie sociale riche à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations suffisant en quantité (intégration sociale) et en qualité (intimité, réciprocité, etc.). Ainsi, de nombreuses échelles de qualité de vie évaluent une sorte de « santé sociale », définie comme la participation à des activités sociales (famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique). C'est le cas d'échelles larges comme le NHP ou le WHOQOL-26 ou 100.

La QDV sociale est estimée en général au sein d'outils génériques. Mais il existe des échelles spécifiques explorant le fonctionnement social des individus. Celui-ci peut être évalué par le patient lui-même, grâce à la SAS (*Social Adjustment Scale*) de Weissman et Bothwell (1976) ou au SFQ (*Social Functioning Questionnaire*) de Tyrer *et al.* (2005). Il peut également être évalué par un tiers, un thérapeute par exemple comme dans le SFS (*Social Functioning Schedule*) de Remington et Tyrer (1979). À cet égard, l'intégration sociale « réelle » et l'intégration « perçue » ne

jouent pas tout à fait le même rôle[1]. Il est donc essentiel d'évaluer le fonctionnement social des individus en croisant les techniques et les points de vue. Il existe des relations bien établies entre la santé sociale et la qualité de vie globale.

Il peut sembler assez artificiel de séparer les domaines psychologique, physique et social, souvent étroitement interdépendants ; la santé mentale par exemple est l'une des conditions de la santé globale et les co-morbidités entre pathologies physiques et mentales sont assez fréquentes. D'un strict point de vue dimensionnel, les composantes de la qualité de vie sont considérées comme distinctes, mais plus ou moins intercorrélées. Leur nombre varie d'un auteur à l'autre. Il y aurait de trois à douze dimensions de 1er ordre se regroupant en facteurs plus généraux (de 1 à 3). Il n'y a pas encore de consensus sur le nombre, la hiérarchie et les cofonctionnements des composantes de la qualité de vie (Wang, Schalock, Verdugo et Jenaro, 2010).

4.5.4 Autres domaines de la qualité de vie

À ces divers domaines de la qualité de vie, on a parfois ajouté l'environnement. Dans le WHOQOL-100, l'environnement est une dimension comprenant des aspects plus spécifiques, les uns concernent le bien-être matériel des individus (revenu ; qualité du logement, etc.), d'autres dépendent du pays, de la ville ou du quartier (liberté et sécurité ; accès facile à des soins et qualité des soins ; climat, bruit et pollution ; transports). Quant aux dimensions du bien-être proposées par la psychologie positive (épanouissement et réalisation de soi ; sens donné à la vie, engagement…), elles sont compatibles avec les contenus (positifs) des dimensions physique, psychologique et sociale de la qualité de vie. La qualité de vie est une notion qui n'est pas encore définitive ni stabilisée, faute de consensus entre les chercheurs. Il est urgent de savoir quels sont les domaines et sous-domaines de la qualité de vie (communes à tous les individus et permettant donc de les situer relativement), comment ils se structurent (hiérarchie), comment ils interagissent et quel est leur statut fonctionnel respectif (antécédents, modérateurs, critères). Certains auteurs soulignent l'urgence de l'élaboration de modèles réfutables de la qualité de vie (Cummins, 2005).

1. On distingue l'intégration sociale *réelle* (évaluée objectivement ou par un tiers) et *perçue* (auto-évaluée) à la fois sur les plans théorique et méthodologique. Le réseau social qui entoure l'individu lui procurant en permanence de l'affection, une aide, une écoute, a des effets directs sur son bien être. Le soutien social perçu a plutôt des effets indirects (tampon) : il atténue l'impact subjectif des événements aversifs et réduit le risque de développer certaines pathologies (voir *infra*, chap. 6).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.6 Les mesures de la qualité de vie

En ce qui concerne les outils de mesure de la qualité de vie, on en comptait environ quatre-vingts à la fin des années 1980, ils étaient environ cinq cent, 20 ans après (Mc Dowell, 2006). Parmi les qualités psychométriques des échelles de qualité de vie, c'est la validité théorique (*construct validity*) qui pose le plus de problèmes, les modèles sous-jacents à la plupart des échelles de qualité de vie n'ayant pas vraiment été mis à l'épreuve (par des analyses confirmatoires). Quant aux diverses validités des méthodes de mesure de la santé et de la qualité de vie devant être établies avant toute diffusion ou utilisation, on se reportera à Streiner et Norman (2008) et à McDowell (2006, p. 10-54).

Selon Auquier et Iordanova (2004), vouloir quantifier du qualitatif (les aspects subjectifs de la qualité de vie, par exemple) est paradoxal. Nous ne reviendrons pas ici sur le problème de la mesure en psychologie et en médecine, largement abordé dans les ouvrages consacrés à la mesure dans les sciences sociales et à la psychométrie[1]. Les approches qualitative et quantitative sont toutes deux nécessaires pour élaborer une échelle de qualité de vie : la première concerne le choix et l'échantillonnage des items (validité de contenu) et permet *a posteriori* l'interprétation de résultats chiffrés, la seconde permet d'évaluer les qualités psychométriques de l'outil, sa structure et son adéquation à un modèle. Il y a complémentarité et non irréductibilité entre approches qualitatives et quantitatives.

Nous avons vu ci-dessus que la qualité de vie est hiérarchisée et qu'elle est constituée de domaines (chacun se subdivisant en dimensions). Nous allons décrire les outils de qualité de vie les plus utilisés et situer pour chacun, en fonction des définitions données ci-dessus, le champ qu'il recouvre exactement et qui n'est pas toujours clairement annoncé par son label.

Il existe deux sortes d'échelles de QDV (génériques et spécifiques). Les échelles *génériques* sont censées convenir à une grande variété d'individus et de groupes, elles visent des aspects larges de l'existence, comme les ressources physiques, mentales et sociales des individus et la façon dont ils évaluent globalement leur vie. Les échelles *spécifiques* sont adaptées à certains groupes de patients (atteints d'une maladie, d'un handicap, soumis à un traitement) ou à des groupes particuliers (patients âgés, enfants, etc.). Elles explorent des domaines pouvant être affectés par une maladie, un traitement ou une situation particulière. Elles sont en géné-

1. Il existe plusieurs ouvrages sur la mesure dans les sciences sociales et la psychométrie en particulier. Celui de Bernaud (2007) est particulièrement clair et accessible. Les qualités des échelles d'évaluation (sensibilité, fidélité, validité) doivent avoir été établies (nombreux échantillons, contextes et pays) avant toute diffusion et utilisation.

ral courtes et plus sensibles au changement que les mesures génériques, mais ne permettent pas de comparer des groupes différents.

La plupart des outils de mesure de la santé et de la QDV sont accessibles (au moins sous forme d'une description succincte) dans diverses banques de données (Emery, Perrier et Acquadro, 2005 ; Acquadro, 2008), ouvrages ou articles de synthèse (Bowling, 2001a, 2001b ; Cieza et Stucki, 2005 ; Mc Dowell, 2006 ; Ogden, 2007) et sur divers sites[1]. Il faut se méfier des intitulés, certains outils censés mesurer la qualité de vie, par exemple, mesurent en fait la qualité de vie liée à la santé, qui n'est qu'un sous-ensemble.

4.6.1 Mesures génériques de qualité de vie[2]

Nous avons adopté dans cet ouvrage une classification des outils évaluant les notions voisines en plusieurs catégories (bien-être, santé, qualité de vie liée à la santé et qualité de vie) pour y voir clair dans un domaine où les labels et contenus ne correspondent pas toujours, faute de définitions communes[3]. Dans la catégorie qualité de vie figurent les outils correspondant aux conceptions et définitions et incluant les domaines présentés ci-dessus (voir *supra*, § 2.4.1 et 2.4.2). On trouvera dans plusieurs ouvrages et articles une liste des échelles de qualité de vie (Bowling, 2001a ; Leplège, 1999 ; McDowell, 2006).

Lorsque plusieurs domaines de la qualité de vie sont évalués (physique, psychologique, social, au moins) et lorsque les items sont formulés en termes suffisamment généraux pour convenir à des sujets et groupes très différents (y compris à des personnes qui ne sont ni malades, ni handicapées), nous avons considéré qu'il s'agissait d'*échelles génériques de qualité de vie*. Lorsqu'il est demandé au répondant d'évaluer ses *problèmes de santé* (symptômes et limitations physiques et/ou psychologiques) et

1. Certaines banques de données permettent d'accéder à une description détaillée des outils de mesure de la santé et de la qualité de vie. On peut citer le Medical Outcome Trust : (*www.outcomes-trust.org/instruments.htm*). Le groupe MAPI (Lyon) a créé la banque de données PROQOLID (*www.proqolid.org/instruments/*) qui permet d'accéder à 470 outils dans le champ de la santé et de la qualité de vie. Un premier niveau fournit une description sommaire ; un second, avec souscription, permet d'accéder aux protocoles et manuels (ACQUADRO *et al.*, 2008). Voir aussi : *www.rand.org/health/surveys_tools.html wwwcf.nlm.nih.gov/hsrr_search/hsrr_search*

2. Plusieurs échelles de bien-être explorent en fait un champ plus large (domaine de la santé par exemple) ce qui les rapproche des échelles génériques de QdV : la QWBS (*Quality of Well-Being Scale*) de Bush et Kaplan, in Anderson *et al.* (1989), le PWBI (*Personal Well-Being Inventory*) de Cummins (2008a) et l'European Survey Welll-Being Module de Huppert *et al.* (2009).

3. Nous avons ainsi classé dans la rubrique « santé » les outils mesurant les problèmes de santé physique, mentale et parfois sociale (symptômes, troubles, maladies, incapacités, etc.) et ceux évaluant ce qui fonctionne de façon optimale (ressources, autonomie, mobilité, capacités…) (voir tableau 1.10).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

leurs *répercussions* sur les autres domaines de la vie (sociale, professionnel, activités, estime de soi), nous avons considéré qu'il s'agissait d'échelles de *qualité de vie liée à la santé* (QdVS). Mais la différence entre ces deux types d'échelles est parfois ténue. Il existe de nombreuses échelles génériques de qualité de vie et de qualité de vie liée à la santé, nous en présentons quelques unes au tableau 1.12. Nous avons choisi d'en décrire trois en détail, choisies parmi les plus populaires.

Tableau 1.12 – *Bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé et qualité de vie (d'après Voyer et Boyer, 2001).*

	Bonheur	**Satisfaction de la vie**	**Bien-être subjectif**	**Santé**	**Qualité de vie QdV et QdVS (1)**
Évaluation (type)	Subjective	Subjective	Subjective	Subjective et objective	Subjective et objective
Trait/État	Transitoire	Stable	Stable et transitoire	Stable et transitoire	Stable
Composantes	Affectives	Évaluatives (surtout)	Affectives et évaluatives	Affectives et évaluatives	Affectives et évaluatives
Composantes, attributs	Affects positifs	Évaluation positive de la vie (globale, domaines)	Affects positifs Absence d'affects négatifs Satisfaction vie Épanouissement	Physique Mentale Sociale,… Fonctionnement optimal	Physique (Autonomie) Psychologique (Spiritualité) Sociale Environnementale
Exemples d'outils (parmi d'autres)	OTH de Peterson *et al.*, 2005 OHI et OHQ de Argyle, et de Hills et Argyle, 2002	SWLS de Diener *et al.*, 1985, 1993 , 2008	ESS (European Social Survey) Well-Being Module, Huppert *et al.*, 2009	FSQ Jette *et al.*, 1986	QdV : WHOQOL-26 WHOQOL-100 Leplège *et a*l. 2000 QdVS : SF-36 de Ware, 1990 à 2008

(1) La QdVS est un sous-ensemble de la QdV. C'est, dans la QdV globale et ses composantes, ce qui est affecté par la santé de l'individu (physique, mentale, sociale)

1) L'EQ-5D (*European Quality of Life Instrument*) créé par le groupe EuroQoL (1990, 2004) est sans doute l'un des questionnaires de qualité de vie liée à la santé les plus utilisés : simple et court, il permet des comparaisons interculturelles et convient à de nombreux groupes (patients, sujets âgés). Il comprend cinq items (mobilité, prendre soin de soi, activités quotidiennes, douleurs, dépression-anxiété) à évaluer en degrés et une échelle visuelle analogique (état de santé global de 0, le

pire imaginable, à 100, le meilleur imaginable) (voir *supra* tableau 1.10). Cet outil est d'une bonne consistance interne, sensible au changement (par exemple, aux effets des traitements), tout en étant fidèle au test-retest (.69 à .94 sur le total). Sa validité convergente avec des mesures externes d'anxiété, de dépression, de santé et de qualité de vie liée à la santé est largement établie. S'il a donné lieu à de nombreuses études et essais cliniques, rares sont les études ayant tenté de confirmer sa structure factorielle (sans doute cinq dimensions obliques et un facteur de deuxième ordre). Certains auteurs lui ont ajouté une dimension cognitive (Krabbe, Stouthard, Essink-Bot et Bonsel, 1999), afin de pouvoir l'appliquer à davantage de patients. Pour des pathologies modérées, le SF-36 serait toutefois plus sensible que l'EQ-5D.

2) Le MOS SF-36 (*Medical Outcome Study, 36 items, Short-Form*) est sans doute la plus utilisée des échelles génériques de qualité de vie liée à la santé. Les items initiaux ont été collectés sur plusieurs milliers de patients souffrant de pathologies diverses (diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque…), suivis pendant quatre ans (Ware et Sherboune, 1992). Il en existe des versions plus courtes (SF-20, SF-12, SF-8). Le SF-36 couvre huit domaines de la qualité de vie liée à la santé : fonctionnement physique (dix items), limitations dues à la santé physique (quatre items), douleurs (deux items), fonctionnement social (deux items), santé mentale (cinq items), limitations dues à des problèmes émotionnels (trois items), vitalité, énergie et fatigue (quatre items) et santé générale perçue (cinq items). Le projet international IQOLA (*International Quality of Life Assessment*) a consisté à adapter et valider cet outil dans quinze pays différents, dont la France (Ware *et al.*, 1998). Il en existe une version améliorée : reformulation de certains items, cinq degrés de réponse au lieu de deux (Ware, Kosinski et Dewey, 2005).

Le SF-36 est une échelle de qualité de vie liée à la santé (auto ou hétéro-administrée) comprenant la santé physique, émotionnelle et sociale. Elle explore le retentissement des problèmes de santé sur la qualité de vie et ne contient pas d'échelles de spiritualité, ni de satisfaction vis-à-vis de l'environnement. Nous l'avons donc considérée comme mesurant la qualité de vie liée à la santé. Le SF-36 convient à des patients, à des sujets atteints d'affections bénignes ou tout-venant. On dispose de normes établies dans de nombreux pays et sur de nombreux groupes cliniques. C'est un outil précieux pour évaluer les effets de nombreux traitements médicaux. Sa sensibilité, sa consistance interne (.76 à .80), sa fidélité test-retest et sa validité concourante (avec des mesures de santé physique, mentale, de bien-être et de qualité de vie) sont très satisfaisantes. Des analyses factorielles multiples ont été menées : certaines

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

aboutissent à un facteur de santé physique (P) et un de santé mentale (M), d'autres non[1]. Les rares critiques s'élevant vis-à-vis du SF-36 concernent sa structure, non définitive (nombre de facteurs, niveaux) et le fait d'additionner des items globaux (par exemple, évaluer son état de santé) avec des items spécifiques (par exemple, monter seul des escaliers) qui n'en sont qu'une composante (Cummins, 2003, p. 68).

3) Le WHOQOL-100 et le WHOQOL-26 (*World Health Organisation Quality of Life*) résultent d'un projet international de l'OMS. Des équipes de plusieurs pays ont élaboré un protocole commun en vue de comparaisons internationales. Le WHOQOL-100 et une version plus courte à vingt-six items (WHOQOL-BREF) ont été élaborés et adaptés dans respectivement quinze et vingt-trois pays différents (WHOQOL Group, 1994). Les quatre domaines et les vingt-six items du WHOQOL-26 sont présentés à l'tableau 1.13. Les deux outils permettent de calculer un score global de qualité de vie, un score par domaine et d'établir un profil. Ils se sont avérés sensibles, fidèles et d'une bonne consistance interne (Skevington, Lofty et O'Connell, 2004 ; McDowell, 2006, p. 619-630). Le WHOQOL-26 a été traduit dans vingt langues ; il en existe une version française (Leplège *et al.*, 2000). Les scores de qualité de vie du WHOQOL-26 sont utilisés comme des issues à prédire dans la pratique médicale comme dans les recherches. Certains auteurs s'interrogent encore sur la structure de la qualité de vie (combien de domaines, combien de facteurs de deuxième ordre) et sur la légitimité d'un score total issu de domaines différents[2].

Tableau 1.13 – *Les 26 items du WHOQOL-BREF (Leplège* et al., *2000 ; McDowell, 2006)*

Les répondants répondent sur une échelle de Likert en 5 degrés (de « pas du tout » à « tout à fait » ou de « très mauvais » à « très bon », selon les items.
1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?
2. Êtes-vous satisfait(e) de votre santé ?
3. La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?
4. Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?
5. Trouvez-vous la vie agréable ?

☞

1. Les unes donnent en effet une structure à deux facteurs : santé physique, santé mentale (Ware, 2004, Leplège, 1998). D'autres aboutissent (par analyse SEM) à une structure à 3 niveaux : 8 facteurs de 1er ordre (un par domaine), 2 ou 3 facteurs de 2ème ordre : santé physique, santé mentale (avec ou non le bien-être), un facteur de 3ème ordre de santé générale (Keller *et al.*, 1998).

2. Les AFC menées sur des groupes divers depuis bientôt vingt ans montrent qu'un modèle à 4 facteurs correspond mieux aux données empiriques qu'un modèle à 6 facteurs, surtout pour le WHOQOL-BREF (Skevington *et al.*, 2004).

☞

6. Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?
7. Êtes-vous capable de vous concentrer ?
8. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?
9. Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?
10. Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?
11. Acceptez-vous votre apparence physique ?
12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?
13. Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?
14. Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?
15. Comment évaluez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?
16. Êtes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?
17. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?
18. Êtes-vous satisfait(e) de votre capacité à travailler ?
19. Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?
20. Êtes-vous satisfait(e) de vos relations personnelles ?
21. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?
22. Êtes-vous satisfait(e) du soutien que vous recevez de vos amis ?
23. Êtes-vous satisfait(e) de l'endroit où vous vivez ?
24. Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?
25. Êtes-vous satisfait(e) de vos moyens de transport ?
26. Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

1) QdV globale et Santé générale : items 1 et 2.
2) Santé physique (douleurs, traitements médicaux, énergie, mobilité, sommeil, activités quotidiennes, capacité de travail) : items 3, 4, 10, 15, 16, 17 et 18.
3) Domaine psychique (affects positifs, spiritualité et sens de la vie, concentration, apparence physique perçue, estime de soi, affects négatifs) : items 5, 6, 7, 11, 19 et 26.
4) Relations sociales (relations personnelles, sexualité, soutien social) : items 20, 21 et 22.
5) Environnement (sécurité, environnement physique, ressources financières, habitat, accès aux soins, transports) : items 8, 9, 12, 23, 24 et 25.

4.6.2 Mesures spécifiques de qualité de vie

La qualité de vie liée à la santé, générique ou spécifique, est considérée comme issue dans de nombreux essais cliniques. L'avantage des outils génériques est de permettre des comparaisons entre populations très différentes. En revanche, les outils spécifiques se sont avérés plus sensibles pour déceler pour une pathologie donnée l'impact de la maladie et des traitements sur les divers domaines de la vie (limitations, altérations, évolution favorable) et ils sont plus discriminatifs lorsque l'on compare des patients recevant des traitements différents. Il existe aujourd'hui des échelles de qualité de vie liée à la santé pour pratiquement chaque patho-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

logie. On trouvera une présentation d'échelles de qualité de vie liée à la santé destinées à des patients adultes atteints de maladies respiratoires et d'asthme, de rhumatismes, de cancers, de maladies neurologiques, de maladies cardio-vasculaires, de diabètes et de troubles psychiatriques dans Bowling (2001b) et des échelles de qualité de vie liée à la santé pour enfants dans Davis, MacKinnon et Reddihough (2006).

Nous aborderons ci-dessous plus en détail quelques échelles de qualité de vie liée à la santé construites pour des patients atteints de cancers, de rhumatismes, ainsi que celles destinées à des enfants, adolescents et sujets âgés.

↘ *La QdVS de patients cancéreux*

Le QLQ-C30 a été élaboré par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) réunissant seize pays européens (plus l'Australie, le Canada, les États-Unis et le Japon). Construit au départ pour évaluer la qualité de vie de patients atteints de cancers du poumon (Aaronson *et al.*, 1993). Il a été adapté pour convenir à la plupart des cancers et aux effets des traitements (protocole commun de trente items + modules spécifiques). Le QLQ-C30 est un bon outil, accessible sur le site de l'EORTC. Les trente items mesurent neuf dimensions de la qualité de vie liée à la santé (état physique, limitation des activités, état cognitif, état émotionnel, relations sociales, nausées, fatigue, douleurs et état de santé général). Sa fidélité test-retest, sa consistance interne et sa validité convergente sont bonnes. Les neuf facteurs sont stables d'une étude à l'autre et se regroupent en deux facteurs de deuxième ordre : qualité de vie physique et qualité de vie psychologique (Kemmler, Holzner et Kopp, 2002). D'autres outils, comme le FLIC (Functional Living Index-Cancer) de Schipper, Clinch et McMurray (1984) ou le FACT-G (Cella, Tulsky et Gray, 1993) peuvent, eux aussi, s'avérer très utiles en psycho-oncologie[1].

↘ *La QdVS de patients atteints d'arthrite rhumatoïde (AR)*

L'AIMS (*Arthritis Impact Measurement Scales*) a été élaboré dans un centre de recherches de l'université de Boston (Meenan, 1982, 1992), le Boston University Multipurpose Arthritis Center. La validation de cet outil sur un échantillon de six cent vingt-cinq patients a conduit les auteurs à propo-

1. Plusieurs auteurs, dont Mc Dowell (2006) estiment que le QLQ-C30 est le meilleur outil pour évaluer la QdVS de patients traités pour des cancers (noyau commun + modules complémentaires). D'autres (Luckett, King, Butow, 2011) considèrent que le QLQ-C30 et le FACT-G sont les meilleurs. Ils proposent un algorithme permettant aux utilisateurs de choisir entre ces deux outils selon les issues visées. Quant à la QdVS de femmes traitées pour des cancers du sein, voir Montazeri (2008).

ser en 1992 une révision, l'AIMS2. Elle comprend soixante-dix-huit items se rattachant à douze échelles (mobilité, douleurs, activités sociales, soutien des proches, répercussions sur le travail, santé émotionnelle, etc.), qui se regroupent en cinq facteurs (fonctionnement des membres supérieurs, des membres inférieurs, douleurs, affects, relations sociales). Les qualités de l'AIMS2, consistance interne, fidélité test-retest, sensibilité au changement, validité convergente, sont satisfaisantes. Une version à vingt-six items, l'AIMS2-R, élaborée en 1995, a des qualités similaires. Des auteurs canadiens en ont adapté et validé une version française sur des patients poly-arthritiques, l'AIMS2-SF (Guillemin, Coste et Pouchot, 1997). Elle permet d'évaluer cinq dimensions valides et fidèles de la qualité de vie liée à la santé (physique, psychique, sociale, professionnelle, symptômes)[1].

↘ *La QdVS des enfants et adolescents*

Échelles de qualité de vie liée à la santé pour enfants et adolescents. L'élaboration d'échelles de qualité de vie génériques et spécifiques pour enfants et adolescents est récente et en pleine expansion. Environ 18 % des enfants souffrent de maladies chroniques qu'il n'est pas possible de guérir. Environ 75 % des enfants soignés pour un cancer survivent, mais avec des traitements parfois difficiles à supporter, d'où la nécessité d'évaluer leur qualité de vie et celle de leurs parents. Eiser, Eiser et Stride (2005) ont évalué dans quatre-vingt-sept familles la qualité de vie d'enfants (3-16 ans) atteints de divers cancers et celle de leurs proches. Leurs scores moyens sont très inférieurs à ceux de la population générale. La période critique (chute des scores de qualité de vie) se situe juste après le diagnostic et il faudrait tenter d'aider les enfants et leurs proches spécialement lors de cette étape difficile.

Des mesures génériques de qualité de vie (et de qualité de vie liée à la santé) pour les enfants se sont beaucoup développées depuis les années 1995 (on en compte une quinzaine actuellement). Les outils génériques sont généralement fidèles et valides ; ils permettent de comparer les enfants malades et non malades et des enfants malades entre eux. Ils ne sont pas toujours assez sensibles pour détecter certains changements dans la qualité de vie, dus souvent aux traitements. Il existe de nombreux outils spécifiques pour enfants et adolescents (environ 25),

1. Plusieurs versions de l'AIMS en plusieurs langues sont disponibles sur le site (*www.qolid.org/public/AIMS.html*). C'est l'outil le plus utilisé dans les recherches et la clinique en rhumatologie. Il existe d'autres outils : le *Standford Arthritis Health Assessment Questionnaire* (HAQ) de Fries, Spitz, Kraines et Holman (1980), le FSI (*Functional Status Index*), de Deniston et Jette, 1980, l'AHI (*Arthritis Helpleness Index*) de Nicassio, Wallston et Callahan (1985) et quelques autres.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

incluant des items susceptibles d'être affectés par la maladie et les traitements. Ces outils sont décrits dans Davis, MacKinnon, Reddihough et Graham (2006), Étienne, Dupuis, Spitz, Lemétayer et Missotten (2011) et Fayed, De Camargo, Kerr *et al.* (2012).

Les auteurs s'accordent aujourd'hui sur le fait que l'enfant est le mieux placé pour évaluer sa qualité de vie d'après une étude internationale de l'OMS dans quarante-trois pays en 2009-2010 (*Health-Behavior in School-Aged Children*). L'évaluation par l'enfant de sa qualité de vie, si elle est souhaitable, pose quelques problèmes : sa concordance avec celle d'un tiers (parents, soignants) varie selon le domaine, le genre, l'âge de l'enfant et son statut (malade/bien portant) ; la validité des réponses dépend des capacités cognitives de l'enfant (Missotten, Étienne et Dupuis, 2007). Il semble nécessaire de créer plusieurs formes d'un même outil, chacune adaptée à un groupe d'âge (longueur, contenu, échelle de réponse). Pour les plus jeunes et les enfants ayant des déficiences intellectuelles, des questionnaires de qualité de vie en images (comme l'AUQUEI, par exemple) semblent indiqués.

Parmi les outils en version française, on peut citer L'ISQV-E (*Inventaire systémique de qualité de vie pour enfants*), résultat d'une collaboration entre des chercheurs de Liège, de Metz et de l'UQAM. Il est issu d'une définition théorique claire de la qualité de vie (conception intégrative et dynamique), opérationnalisée de plusieurs façons, dont l'écart, à un moment donné, entre les attentes de l'individu (hiérarchisés selon leur importance subjective) et son état actuel (Étienne, Dupuis, Spitz, Lemétayer et Missotten, 2011)[1]. Cette échelle de vingt items, à laquelle on peut ajouter des modules complémentaires a été appliquée à deux cent quatre-vingt-huit enfants français et belges de 8 à 12 ans. L'outil a une bonne validité de critère (convergente), une bonne consistance interne et il est sensible aux changements (d'état, d'objectif, d'écart…). Sa structure factorielle et sa fidélité test-retest restent à établir. Cet outil prend en compte les buts des enfants, ce qui est très intéressant et novateur.

On peut citer aussi Kidscreen, qui est un outil générique de qualité de vie de l'enfant et de l'adolescent, européen, s'inspirant de la classification internationale ICF. Il mesure dix dimensions (bien-être physique, bien-être psychologique, émotions et humeur, perception de soi,

1. Cet outil s'inspire du modèle dynamique de Dupuis *et al.* (2001) concernant le niveau atteint par un sujet dans la poursuite d'objectifs hiérarchisés. Diverses échelles s'inspirent de ce modèle comme l'ISQV-65 + (Missotten *et al.*, 2012) (voir paragraphe suivant) et l'ISQVT évaluant la qualité de vie au travail (Dupuis, 2009).

autonomie, relations familiales, relations aux pairs, domaine scolaire, acceptation par les autres, ressources financières). Il se prête à l'auto- et à l'hétéro-évaluation (une version est destinée aux parents). Une étude pilote a été réalisée sur 3 988 enfants et 2 526 proches dans sept pays européens (Robitail, Simeoni, Erhart *et al.*, 2006). L'outil a des qualités psychométriques très satisfaisantes (fidélité, validité). Chaque domaine est unidimensionnel (d'après des AFC). Les réponses des enfants concordent assez bien avec celles de leurs parents (domaine physique et scolaire surtout), cet accord étant plus marqué pour les enfants malades. Il s'agit d'un outil prometteur, fruit d'une collaboration entre équipes européennes, obéissant à des standards de qualité (traductions, qualités psychométriques, normes, etc.).

↘ *La qualité de vie des sujets âgés*

La plupart des échelles multidimensionnelles de qualité de vie pour adultes conviennent à des sujets âgés, notamment lorsque ceux-ci sont encore actifs et que leur santé n'est pas trop détériorée. Les outils génériques permettent d'identifier les domaines dans lesquels les sujets âgés rencontrent des difficultés. La revue de Haywood, Garratt et Fitzpatrick (2005) compare les propriétés (fidélité, validité, applicabilité) des échelles de qualité de vie appliquées à des sujets âgés. Cent vingt-deux articles relatifs à quinze échelles ont été ainsi analysés et rapportent la validité, la fidélité et l'applicabilité satisfaisantes du SF-36, de l'EQ-5D et du NHP. Les résultats sont plus mitigés en ce qui concerne le COOP Charts, le SF-12 et le SIP. Le SF-36 est recommandé lorsqu'on souhaite évaluer la qualité de vie des sujets âgés de façon large et que leurs problèmes de santé sont peu sévères. L'EQ-5D convient lorsqu'on est obligé d'utiliser des mesures brèves plusieurs fois.

L'un des problèmes posé par les échelles génériques de qualité de vie pouvant être administrées à des sujets âgés est leur simplicité (le taux de non-réponses doit être bas) et leur agrément (images, illustrations). Ainsi le Darmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA (ou COOP/WONCA), disponible sur le site de COOP Charts, existe en plusieurs versions, dont l'une est attrayante (petites silhouettes et smileys en cinq degrés). C'est un outil qui peut servir dans la pratique clinique quotidienne (cabinet du médecin) pour toutes sortes de patients (des sujets jeunes à des sujets âgés). Il a donné lieu à diverses études en collaboration. Il explore six domaines : capacités physiques, émotions, activités quotidiennes, activités sociales, changements dans la santé spécifique, changements dans la santé globale.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

L'équivalence entre les formes imagées et les formes plus classiques est satisfaisante (Eaton *et al.*, 2005).

Des mesures spécifiques s'avèrent utiles lorsque l'avancée en âge s'accompagne de certaines difficultés, troubles émotionnels, problèmes cognitifs et limitations fonctionnelles. Il existe pour mesurer la qualité de vie des personnes âgées des modules spécifiques. Le WHOQOL-Old module est un bon outil, validé sur 5 566 sujets dans vingt-deux centres de divers pays (Power et WHOQOL Group, 2006). Sa validité de contenu est très bonne (items issus d'analyses d'entretiens avec des sujets âgés). Il mesure six facettes de la qualité de vie (capacités sensorielles ; autonomie ; activités passées, présentes et futures ; participation sociale ; préoccupations envers la mort ; relations intimes), confirmées par des AFC et se regroupant un facteur de deuxième ordre de qualité de vie générale. La consistance interne de chaque dimension est satisfaisante ($\alpha > .72$) et les validités de critère (convergente et discriminante) le sont également.

Il existe aussi d'autres outils destinés à des adultes et spécialement aux plus âgés, comme l'OARS (*Older Americans Resources and Services*) construit à l'université Duke (voir tableau 1.1). Il se compose de deux parties, le MFAQ (*Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*), qui évalue le fonctionnement physique, psychologique et social des personnes et le SAQ (*Service Assessment Questionnaire*) qui évalue le besoin et le recours effectif à des soins. Il a été utilisé dans plusieurs centaines d'études qui ont montré ses qualités : sensibilité, fidélité et validité (George et Fillenbaum, 1985). Cet outil est hélas long et complexe. Des versions plus courtes et modules spécifiques existent, dont le SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) destiné à détecter les déficits cognitifs et le SPES (*Short Psychiatric Evaluation Schedule*) la présence de troubles psychiatriques. Ces questionnaires, disponibles sur le site de l'OARS, sont bien adaptés aux sujets âgés, mais ils mériteraient d'intégrer certaines ressources (contrôle et auto-efficacité par exemple).

On peut citer également deux outils spécifiques fidèles, sensibles et valides : le GMS (*Geriatric Mental State Examination*), construit à partir d'outils préexistants et standardisé en vue de comparaisons internationales. Il existe sous la forme d'un entretien semi-structuré appelé le CARE (*Comprehensive Assessment and Referral Evaluation*) couvrant un champ très large (problèmes psychiatriques, économiques, médicaux, alimentaires et sociaux). La passation est longue (90 mn environ) et l'interviewer doit être entraîné. Des versions courtes existent (le GMSA et le SHORT-CARE), des versions informatisées du GMS et du CARE également (voir le site du *GMS Resource Unit*). Traduit en plusieurs langues,

c'est l'un des outils les plus utilisés pour évaluer la santé mentale des sujets âgés (Copeland *et al.*, 2002).

En ce qui concerne les (rares) mesures élaborées spécifiquement pour des personnes du troisième âge, on peut citer le CASP-19 (*Control, Autonomy, Self-realisation and Pleasure-19*) de Wiggins, Higgs, Hyde et Blane (2004). Sa particularité est d'explorer les aspects positifs de la qualité de vie à cet âge (contrôle, autonomie, plaisir, réalisation de soi) plutôt que des difficultés et limitations comme la plupart des autres outils. Ses qualités psychométriques sont correctes, mais une version plus courte (douze items) présente une meilleure validité de construit (Sim, Bartlam et Bernard., 2011). Enfin, il existe un outil résultant d'une collaboration entre pays francophones, l'ISQV-65+ (*Inventaire systémique de qualité de vie pour personnes âgées*), de Missotten, Ylieff, et ienne, Adam et Dupuis (2012), dont nous avons présenté plus haut des versions destinées à d'autres populations. Cet outil est fondé sur une conception dynamique de la qualité de vie en termes d'écart entre ce qui est souhaité (buts) et l'état actuel. Les premiers résultats publiés sont prometteurs.

5. Santé, bien-être et qualité de vie : synthèse et discussion

Définitions. Les notions de bonheur, satisfaction, bien-être subjectif, santé et qualité de vie sont des constellations complexes de sous-dimensions. Nous avons vu que malgré des progrès notables, des *flottements et confusions caractérisent encore les définitions* de ces notions. Ainsi, plusieurs échelles mesurant la qualité de vie liée à la santé ont des labels trompeurs (*Nottingham Health Profile*, *Sickness Impact Profile*, *Quality of Well-Being Scale*), d'autres ne l'annoncent pas dans leurs intitulés (EQ-5D, MOS SF-36). Il restera beaucoup à faire pour que des définitions communes de ces notions soient adoptées par tous et que le nom des outils reflète fidèlement ce qu'ils mesurent. Voyer et Boyer (2001) avaient suggéré de prendre en compte plusieurs critères (type d'évaluation ; nature transitoire/stable ; processus affectif/évaluatif ; composantes) pour définir chaque notion. C'est ce que nous avons fait en les rassemblant dans un même tableau où sont données leurs caractéristiques (tableau 1.10). Nous espérons qu'il permettra aux lecteurs de discriminer plus aisément les diverses notions.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Problèmes psychométriques. Les questionnaires de bien-être subjectif et de qualité de vie posent certains problèmes psychométriques et théoriques (définitions, modèles, mises à l'épreuve). La validité de contenu est l'un des problèmes psychométriques de ces outils, souvent élaborés par des spécialistes (avec un cadre nosographique préétabli), alors qu'il serait nécessaire de les compléter par des matériaux qualitatifs collectés auprès des intéressés eux-mêmes (Bognar, 2005 ; Turner *et al.*, 2007). Le WHOQOL-OLD est un bon exemple d'outil adapté aux symptômes et difficultés mais aussi aux besoins et aspirations des personnes auxquelles il est destiné. Il y a bien entendu d'autres qualités psychométriques que tout outil doit posséder : sensibilité, fidélité test-retest et interévaluateurs, consistance interne, validité de critère convergente et discriminante, validité de construit[1].

L'échelle de réponse proposée. Il s'agit en général d'échelles de Likert (ordinales) et non d'échelles d'intervalles (subjectivement égaux), ce qui pose certains problèmes à la fois au niveau des biais induits et du calcul de scores (Mc Dowell, 2006, p. 20-27 ; Streiner *et al.*, 2008). On calcule généralement des scores partiels en additionnant les réponses aux items appartenant à la même échelle et parfois des scores totaux en additionnant les scores des différentes échelles. Ceci est contestable, car on ne peut additionner que des items (ou des échelles) dont l'unidimensionnalité a été établie. De plus, les différents domaines devraient être pondérés selon leur importance relative pour chaque individu. Enfin, plutôt que sous la forme de scores totaux de qualité de vie, les réponses gagneraient à être présentées sous forme de scores partiels (sur des dimensions différentes), autrement dit sous forme de profils (Dazord, 2002).

Structure hiérarchique des notions ; nombre de dimensions. On suppose que des notions comme le bien-être subjectif, la santé et la qualité de vie sont *organisées de façon hiérarchique* (les sous-dimensions se regroupant en dimensions). Les dimensions de 1er ordre étant souvent obliques entre elles, on a parfois recherché leurs facteurs communs et abouti à un à trois facteurs de 2e ordre. On a ainsi souvent obtenu deux dimensions plus générales (physique, mentale) ; c'est le cas pour les huit sous-échelles du SF-36, les quatre sous-échelles du WHOQOL-26 et les neuf sous-échelles de l'EORTC (Leplège, 1999 ; Bech, 2012). Mais cer-

1. Le format de cet ouvrage ne permet pas d'aborder en profondeur les qualités psychométriques indispensables que doit présenter toute méthode d'évaluation : validité, fidélité, sensibilité (et leurs dérivés). Divers ouvrages spécialisés existent en anglais (Streiner *et al.*, 2008) et en français (Bernaud, 2007 ; Dickès, Kop et Tounois, 1994).

tains auteurs n'ont isolé qu'un seul facteur de qualité de vie générale à partir du WHOQOL-26 (Skevington *et al.*, 2004), d'autres ont même observé une hiérarchie en trois niveaux à partir du SF-36 (voir *supra*, § 4.6.1).

Auto- et hétéro-évaluation. Les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour reconnaître que le point de vue des sujets sur leur propre qualité de vie est indispensable, y compris celui des enfants[1]. Il peut différer beaucoup de celui des soignants et des résultats de tests et examens médicaux. La qualité de vie perçue dépend certes de l'état fonctionnel des individus, mais aussi de nombreux déterminants personnels (émotionnels, motivationnels, spirituels et cognitifs), ce qui explique le décalage parfois important entre l'auto et l'hétéro-évaluation. La qualité de vie subjective s'est parfois avérée d'une valeur pronostique supérieure à celle des évaluations des professionnels de santé (Brédart et Soulas, 2012). Certains protocoles (comme celui du SF-36) permettent à plusieurs évaluateurs de répondre, ce qui invite à s'interroger en cas de discordance.

Quelques progrès sont encore nécessaires pour dépasser un modèle biomédical (objectiviste) encore prédominant : la santé physique est encore sur-représentée dans les échelles de santé et de qualité de vie (voir *supra*, tableaux 1.9 et 1.10) au détriment d'autres domaines (santé psychique, sociale, spiritualité). En effet, comme nous l'avons souligné plus haut, ces outils sont encore souvent construits à partir de listes d'items établies par des praticiens ou par des chercheurs plutôt que par les intéressés.

Certains auteurs s'élèvent contre le fait de calculer des scores totaux à partir des items et parfois à partir des sous-échelles (santé, bien-être subjectif, qualité de vie), En effet s'il s'agit de simple satisfaction perçue vis-à-vis de différents domaines, on peut à la rigueur agréger les scores partiels. En revanche, il ne semble pas pertinent d'additionner des domaines évalués de façon différente, comme, par exemple la santé, l'environnement, le statut socio-économique évalués objectivement, d'une part, et la satisfaction subjective envers ces domaines, d'autre part (Skevington *et al.*, 2002 ; Bognar, 2005).

Cummins (2005) souligne à ce propos que les corrélations entre les composantes objectives et subjectives du bien-être subjectif, de la santé, de la qualité de vie sont très modestes. Outre ce qui a été dit plus haut,

1. Lorsqu'il s'agit de patients très jeunes ou très âgés, ou de patients dont les capacités cognitives sont altérées, il est admis que les proches et les soignants évaluent la QdV des intéressés à leur place.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

il lui semble contestable d'additionner des variables de statut différent : variables *n'ayant pas le même niveau de généralité* (satisfaction envers un domaine spécifique et satisfaction globale par exemple) ; *variables n'ayant pas le même statut théorique* : antécédents (état de santé du sujet) ; dispositions personnelles (par exemple, l'estime de soi) ; processus d'ajustement (états émotionnels, stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu…) ; issues de santé (bien-être subjectif global, qualité de vie générale…). Hélas, il arrive souvent, dans des échelles très populaires que l'on additionne « des pommes et des oranges » (Bognar, 2005, p. 564-565).

Les échelles de bien-être subjectif, de santé, de bonheur, de qualité de vie se réfèrent rarement à un modèle théorique explicite. Beaucoup relèvent d'une conception biomédicale opposant une bonne santé à des symptômes et limitations fonctionnelles. Nous avons déjà souligné plus haut le caractère simpliste d'une conception unidimensionnelle de la santé. D'autres échelles se réfèrent à la théorie économique de l'utilité (Kaplan, Bush, Weinstein, Torrance) qui prend en compte les préférences et valeurs des patients en matière d'issues de santé, permet de calculer un rapport entre coûts et bénéfices et aide à la prise de décision (par exemple, le choix d'un traitement). Plusieurs index permettent ainsi d'évaluer l'issue des traitements en termes d'années de vie de qualité gagnées. D'autres outils enfin se réfèrent à des modèles systémiques et dynamiques. Les sujets évaluent leurs besoins et désirs et la façon dont ils pensent les avoir réalisés. Quelques échelles de ce type prennent en compte l'état actuel perçu par les individus, leurs aspirations et l'écart entre état actuel et état souhaité. Nous avons rappelé que l'on peut aussi pondérer les domaines et dimensions en fonction de leur importance subjective pour le répondant.

Certaines critiques concernent le caractère hétéroclite des échelles de qualité de vie et de qualité de vie liée à la santé. Fayed *et al.* (2012), examinent par exemple 14 outils génériques de qualité de vie pour enfants, et adolescents. Ils constatent que les domaines et items varient beaucoup d'un outil à l'autre et ne correspondent ni aux définitions de l'OMS, ni au classement de l'ICF (même quand ils s'y réfèrent !). Davis *et al.* (2006) observent que les échelles de qualité de vie ont soit des fondements théoriques clairs, soit des qualités psychométriques correctes, mais rarement les deux, alors que *ces exigences sont toutes deux fondamentales*. Toute mesure de la qualité de vie devrait selon eux reposer sur une définition explicite de la qualité de vie, les domaines et items devant être à la fois déduits d'un modèle théorique et être représentatifs de la

qualité de vie de la population ciblée. Ces auteurs donnent des suggestions intéressantes pour construire les outils de demain.

Les échelles de bien-être subjectif, santé, qualité de vie ne posent pas que des problèmes au niveau de leur définition et de leurs qualités psychométriques. Il reste à établir quel est le statut de leurs diverses dimensions (objectives, subjectives) et quelles relations les unissent. Cummins (2005) souhaite la construction de modèles précisant *le statut relatif* des dimensions (antécédents, médiateurs, modérateurs ou issues ?) et leurs *relations* supposées (interactions, effets médiateurs, modérateurs, imputations causales…) qui doivent être vérifiables. La qualité de vie globale est souvent considérée comme une résultante, une issue. Dans ce cas, elle n'a pas le même statut (temporel) que certains de ses déterminants, *i. e.* les caractéristiques du sujet ou de son environnement (qui lui sont antérieurs). Certains auteurs, comme Cummins (2005, p. 704) et Ohaeri *et al.* (2007), proposent de construire des modèles séquentiels précisant quels facteurs affectent la qualité de vie (ou le bien-être subjectif) et quelles sont leurs relations, ces modèles devant être suffisamment explicites pour être réfutables[1].

Le développement actuel des échelles de qualité de vie, bien-être, santé, satisfaction de la vie et bonheur correspondent à la reconnaissance de l'importance et du caractère unique et original de l'expérience subjective des individus et particulièrement de celle des patients. Les perspectives de recherche fondamentale et appliquée qui s'ouvrent sont immenses : évaluation des effets des protocoles de soins, des prises en charge, des rééducations et réinsertions ; prise en compte des besoins et aspirations des patients ; mesure de l'acceptabilité des procédures thérapeutiques ; évaluation complète des issues des maladies et des traitements (recherche systématique des facteurs de vulnérabilité et de protection).

Les notions décrites dans ce chapitre (satisfaction, qualité de vie, bien être, santé…) sont souvent des *critères à prédire* dans les recherches menées dans le secteur de la santé. Selon Leplège (1999, p. 125), les outils qui les mesurent sont « implicitement, mais fondamentalement porteurs d'une éthique ». L'idée selon laquelle il faut considérer à la fois le point de vue des patients et des soignants, mais aussi celui des chercheurs et celui des proches, a fait son chemin et une nouvelle généra-

1. Les séquences mises à l'épreuve peuvent être de ce type : 1) antécédents d'un individu (démographiques, socio-économiques, biographiques, etc.), comme le revenu par exemple ; 2) perception qu'il en a (satisfaction par exemple), 3) effet de celle-ci sur la QdV globale (issue), 4) effet compensatoire des autres satisfactions (effets d'interaction).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

tion de techniques émerge (méthodes multi-traits, multi-évaluateurs). Une telle évolution était urgente et nécessaire, compte tenu de l'importance (individuelle et collective) des nombreuses décisions prises au nom de la qualité de vie des usagers et des citoyens.

Bibliographie

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B. (1993). The European Organization of Research and treatment of Cancer QLQ-C30 : a Quality of Life Instrument for use in international clinical trials in Oncology. *Journal of National Cancer Institute*, 85, 365-376.

Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., Aaronson, N. (2008). Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value in Health*, 11, 3, 509-521.

Albuquerque, I., Pedroso de Lima, M., Matos, M. Figueiredo, C. (2012a). Personality and Subjective Well-Being : What hides behind global analyses ? *Social Indicators Research*, 105, 447-460.

Albuquerque, I., Pedroso de Lima, M., Matos, M. Figueiredo, C. (2012b). Subjective Well-Being Structure : Confirmatory Factor Analysis in a Teacher's Portuguese Sample. *Social Indicators Research*, 105, 569-580.

Anderson, J.P., Kaplan, R.M., Berry, C.C., Bush, J.W., et Rumbaut, R.G. (1989). Interday reliability of function assessment for a health status measure : The Quality of Well-being Scale. *Medical Care*, 27, 11, 1076-1084.

Andrews, F.M., McKennel, A.C. (1980). Measures of Self-Reported Well-Being : their affective, cognitive, and other components. *Social Indicators Research*, 8, 127-155.

Antonovsky, A. (1987). *Untraveling the mystery of Health : How People manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.

Argyle, M., Martin, M., Crossland, J. (1989). Happiness and function of personality and social encounters, in J.-P. Forgas et J.-M. Innes (éd.), *Recent Advances in Social Psychology*, North Holland, Elsevir, p. 189-203.

Arthaud-Day, M.L., Rode, J.C. Mooney, C.H. et Near, J.P. (2005). The subjective Well-Being Cosntruct : a test of its convergent, discriminant and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445-476.

Arton, J.L., Imboden, J., Graf, J., Glidden, D., Yelin, E.H., Schillinger, D. (2010). Patient-physician discordance in Assessments of Global Disease Severity in Rheumatoïd Arthritis. *Arthritis Care Research*, 62, 6, 857-864.

Auquier, P., Iordanova, T. (2004). *Qualité de vie et santé, Support de formation. Projet INTERREG de la Commission européenne*. Laboratoire de santé publique, Faculté de Médecine, Marseille. (*www.tethys-univ.org/pdf/professeur_auquier.pdf)*

Barton, J.L., Imboden, J., Graf, J., Glidden, D., Yelin, E.H., Schillinger, D. (2010). Patient-Physician Discordance in Assessments of Global Disease Severity in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Research*, 62, 6, 857-864.

Battista, J., et Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409- 427.

Bech P, Olsen LR, Kjoller M. *et al.* (2003) Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms : a comparison of the SF- 36 Mental Health subscale and the WHOFive Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatry Research,* 12 : 85-91.

Bech, P. (2012). Subjective positive Well-Being. *World Psychiatry*, 11, 2, 105-106.

Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. (1981). The Sickness Impact Profile : Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, 19, 787-805.

Bernaud, J.-L. (2007). *Introduction à la psychométrie*. Paris : Dunod, coll. « Les Topos ».

Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G., Briere, N.M. (1989). L'échelle de satisfaction de la vie : validation canadienne française de la « Satisfaction With Life Scale ». *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21, 2, 210-223.

Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social Theories and Practice*, 31, 4, 561-589.

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573.

Bouffard, L. (2012). Le bonheur de vieillir : une approche « positive » du vieillissement. *Pratiques Psychologiques*, 18, 161-169.

Boujut, E., Bruchon-Schweitzer, M. (soumis). Further Evidence of the Criterion Validity of the Body Image Questionnaire in a French University Student Sample.

Bowling, A. (2001a). *Measuring Health. A review of Quality of Life Measurement Scales*, Philadelphie, Open University Press.

Bowling, A. (2001b). *Measuring disease*. Philadelphie, Open University Press.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of Psychological Well-Being*. Chicago, IL, Adline.

Bradley C. (1994). The Well-Being Questionnaire (WBQ). In C. Bradley (éd.), *Handbook of Psychology and Diabetes : a Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice*, Chur (Suisse), Harwood Academic Press, 89-109.

Brédard, A., Soulas, T. (2012). Qualité de vie et santé. In S. Sultan et I. Varescon (éd.), *Psychologie de la santé*. Paris, PUF, 19-40.

Breslow, L. (2006). Health Measurement in the Third Era of Health. *American Journal of Public Health*, 2006, 96, 17-19.

Bruchon-Schweitzer (1990). *Une psychologie du corps*. Paris, PUF.

Burckhardt, C.S., Anderson, K.L., Archenholtz, B., Hägg, O. (2003a). The Flanagan Quality of Life Scale : Evidence of Construct Validity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 59, 1-7. (*www.hqlo.com/content/1/1/59*)

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Burckhardt, C.S., Anderson, K.L., (2003b). The Quality of Life Scale (QOLS) : Reliability, Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 60, 1-7. (*www.hqlo.com/content/1/1/60*)

Buss, D.M. (2000). The Evolution of Happiness. *American Psychologist*, 55, 1, 15-23.

Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. (1976). *The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, New York, Russel Sage Foundation.

Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale : development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.

Chambers, L.W. (1993). The McMaster health Index Questionnaire : an update. In S.R. Walker and R.M. Rosser (éd.), *Quality of Life Assessment*. Dordrecht, Kluwer Academic.

Cieza, A., Stucki, G. (2005). Content comparison of health-related quality of life instruments based on the International Classification for Functioning, Disability and Health (ICF). *Quality of Life Research*, 14, 1225-1237.

Clark E. et Senik C. (2011). Is Happiness Different From Flourishing ? Cross-Country Evidence from the ESS. *Revue d'Économie Politique*, 1, 121, 17-34.

Clarke, S.A. et Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials : a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 66, 1-5

Cohen, S., et Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapam et S. Oskamp (éd.), *The social psychology of health : Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (p. 31-67). Newbury Park, Sage.

COOP Charts : *www.dartmouth.edu/coopproj/more_charts.html.*

Copeland, J.R.M., Prince, M., Wilson, K.C.M., Dewey, M.E., Payne, J., Gurland, B. (2002). The Geriatric Mental State Examination in the 21st Century. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 729-732. (*www.liv.ac.uk/gms*)

Cruise, S.M., Lewis, C.A., McGukin, C. (2006). Internal reliability and temporal stability of the Oxford Happiness Short-Form : Test-retest data over two weeks. *Social Behavior and Personality*, 34, 123-126

Cummins, R. A (2000). Objective and Subjective Quality of Life : An Interactive Model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.

Cummins, R.A., Nistico, H. (2002). Maintaining Life Satisfaction : the Role of Positive Cognitive Bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.

Cummins, R.A. (2003). Normative Life Satisfaction measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research,* 64, 225-256.

Cummins, R.A. et Lau, A.L.D. (2004a), Quality of Life Measurement. In R. Norman et D. Currow (éd.), *Supportive care of the urology patient*. Oxford, Oxford University Press, chap. 2, 5-23.

Cummins, R. A., Lau, A. L. D., et Stokes, M. (2004b). HRQOL and subjective well-being : Noncomplementary forms of outcome measurement. *Expert Review of Pharmacoeconomics et Outcomes Research*, 4, 413-420.

Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 10, 699-706.

Cummins, R.A. (2008a). *Personal Well-Being Index Adult (PWI-A)*, The International Wellbeing Group, 4e éd. Melbourne, Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. (*www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm*)

Davies, A.R., Sherbourne, C.D., Peterson, J.R., Ware, J.E. (1988). *Scoring Manual : Adult Health Status and Patient Satisfaction Measures used in RAND's Health Insurance Experiment*. Santa Monica, RAND Corporation.

Davis, E., MacKinnon, A., Reddihough, D., Graham, H.K. Mehmet-Radji, O., Boyd, R. (2006). Paediatric Quality of Life instruments : a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48 : 311-318 311

Dazord, A. (2002). Le concept de qualité de vie, résultats d'enquêtes effectuées auprès de 13 000 sujets. *Recherches en Soins Infirmiers*, 70, 23-38.

Dazord, A., Gerin, P. (1994). Evaluation of treatment effects on patients'quality of life. From the concepts to the instruments. *Journal of Clinical Trials and Meta-analysis* (1994) 29, 1-8.

Deniston, O.L., Jette, A.M. (1980). A Functional Status Assessment Instrument : Validation in an Elderly Population. *Health Service Research*, 15, 21-34.

Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures. Manual III*. Minneapolis, MN, National Computer Systems, 3e éd.

Derogatis, L.R., Fleming, M.P., Sudler, N.C., Della Pietra, L. (1996), Psychological Assessment, in P.M. Nicassio et T.W. Smith (éd.), *Managing Chronic Illness : a Biopsychosocial Perspective*, Washington, DC, APA, chap. 3, 59-115.

De Wit, M, Pouwer, F., Gemke R.J, Delemarre, H.A., Snoek F.J. (2007). Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 8, 2003-2006.

Dickes, P., Kop, J.L., Flieller, A., Tournois, J. (1994). *La Psychométrie*. Paris : PUF.

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 3, 543-575.

Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being. Progresses and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.

Diener, E. (2000). Subjective Well-Being. *American Psychologist*, 55, 1, 34-43.

Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 61-76.

Diener, E., Napa Scollon C., Lucas, R.E. (2003a). The evolving concept of subjective well-being : the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.

Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003b). Personality, Culture, and Subjective Well-Being : Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.

Diener, E. et Seligman, M.E.P. (2004). Beyond money. Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1, 1-31.

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W., Oishi, S., *et al.* (2010b). New well-being measures : Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

DiMatteo, M.R., Kelly, B.H., Summer, L.W. (2007). Health Beliefs, Disease Severity, and Patient Adherence. A Meta-Analysis. *Medical Care*, 45, 6, 521-528.

Dupuis, G. (2009). L'Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail, ISQVT. (http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1945594)

Dupuis, G., Taillefer M.C., Rivard, M.J., Roberge M.A. et St-Jean, K. (2001). Quality of Life Systemic Inventory (QLSI) : Sensitivity to change and psychometric characteristics. *Annals of Behavioral Medecine*, 23, suppl. 160.

Dupuy, J. (1984). The Psychological General Well-Being Scale, in N. Wenger (éd.), *Assessment of Quality of Life in Clinical Trails of Cardiovascular Therapies*, Washington, Le Jacq, p. 170-199.

Eiser, C., Eiser, J.R., Stride, C.B. (2005). Quality of Life in Children newly diagnosed with Cancer and their Mother, Health and Quality of Life Outcomes, 3, 29, 1-5. (www.hqlo.com/content/3/1/29)

Eaton, T., Young, W., Garrett, J.E., Kolbe, J. (2005). The Dartmouth COOP Charts : A simple, valid and responsive quality of life tool for chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of Life research*, 14, 575-585.

Emery, M.-P., Perrier, L.-L., Acquadro, C., (2005). Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database (PROQOLID) : Frequently asked questions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 12, 1-6, *www.hqlo.com/content/3/1/12*.

EORTC. www.eortc.be/home/qol/ExplQLQ-C30_htm Versions : www.qolid.org/public/qlq-c30.html

Étienne, A.-M., Dupuis, G., Spitz, E., Lemétayer, F., Missotten, P. (2011). The Gap Concept as a Quality of Life Measure. Validation study of the Child Quality of Life Systemic Inventory. *Developmental Medicine et Child Neurology*, 2006, 48, 311-318.

EuroQoL Group (1990). EuroQoL : A new facility for the measurement of Health-Related Quality of Life. *Health Policy*, 16, 199-208.

EuroQoL Group (2004). Measuring Self-Reported Population Health : An International Perspective based on EQ-5D, A. Szende et A. Williams (éd.), EuroQoL Group.

Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., Barrett, P. (1985). A Revised Version of the Psychoticism Scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 1, 21-29.

Fanshel, S., Bush, J.W. (1970), A health-status Index and its application to health sevices outcomes. *Operations Research*, 18, 1021-1066.

Fayed, N., De Camargo, O.K., Kerr, E., Rosenbaum, P., Bostan, C., Faulhaber, M., Raina, P., Cieza, A. (2012). Generic Patient-Reported Outcomes in Child Research : A Review of Conceptual Content Using World Health Organization Definitions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54, 12, 1085-1095. (*www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22913566*)

Fayers, P., Machin, D. (2007). *Quality of Life : The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*. London : Wiley, 2e éd.

Flanagan, J.C. (1982). Measurment of Quality of Life : Current state of the Art. *Archives of Physiotherapy and Medical Rehabilitation*, 63, 56-59.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). « Mini-Mental State » : A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fortinsky, R.H., Granger, C.V., Seltzer, G.B. (1981). The use of functional assessment in understanding home car needs. *Medical Care*, 19, 489.

Fries, J.F., Spitz, P.W., Kraines, R.G., Holman, H.R. (1980). Measurement of Patient Outcome in Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23, 137-145.

Gaucher, R. (2009). *Bonheur et économie. Le capitalisme est-il soluble dans la recherche du bonheur ?* L'Harmattan, coll. « L'esprit économique ».

George, L.K., Fillenbaum, G.G. (1985). OARS Methodology : A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of American Geriatric Society*, 33, 607-615.

Gold, M.R., Stevenson, D., Fryback, D.G. (2002). HALYs and QALYs and DALYs, Oh My : Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health. *Annual Review of Public Health*, 23, 115-134.

Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Gosselin, E. (2005). Contribution à une synthèse des connaissances sur la satisfaction dans la vie : regard psychologique sur une réalité plurielle. *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 36, n° 2, p. 131-169.

Guillemin, F., Coste, J., Pouchot, J. *et al.* (1997). AIMS2-SF : A Short Form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2. *Rheumatology*, 40, 1267-1274.

Gupta, N., Agrawal, V. (2011), Demystifying the outlook on Quality of Life : a study through review of literature. *International Journal of Computing Corporate Research.* (*http://www.ijccr.com/September2011/1.pdf*)

Guyatt, G.H. (2010). Improving the interpretation of quality of life evidence in meta-analyses : the application of minimal important difference units. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 116, 1-5. (*http://www.hqlo.com/content/8/1/116*)

Haywood, K.L., Garratt, A.M., Fitzpatrick, R. (2005). Quality of Life in older people : A structured review of Generic self-assessed Health Instruments. *Quality of Life Research*, 14, 1651-1668.

Henderson, A.S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G. (1980). Measuring Social Relationships : the Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10, 723-734.

Hewlett, S.A. (2003). Patients and Clinicians have different Perspectives on Outcomes in Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 30, 4, 877-879.

Hills, P., Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire : a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1073-1082.

Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index (HUI) : Concepts, Measurement Properties and Applications. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 54, 1-13.

Hudson, M., Impens, A., Baron, M., Seibold, J.R., Thombs, B.D., Walker, J.G., Canadian Scleroderma Research Group, Steele, R. (2010). Discordance between patient and physician assessments of disease severity in systemic sclerosis. *Journal of Rheumatology*, 37, 11, 2307-2312.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Hunt, S.M., McEwen, J., McKenna, S.P., (1981). The Nottingham Health Profile : Subjective Health Status and Medical Consultations. *Social Sciences and Medicine*, 15, 221-229.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., (1989). *Nottingham Health Profile : user's Manual*. Manchester.

Huppert, F.A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., Wahrendorf, M. (2009). Measuring Well-Being Across Europe : Description of the ESS Well-Being Module and Preliminary Findings, *Social Indicators Research*, 91, 301-315.

Huppert F.A., So, T.T.C. (2011). Flourishing across Europe : application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*.

Jette, A.M., Davies, A.R., Cleary, P.D. (1986). The Functional Status Questionnaire : Reliability and Validity when used in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 1, 143-149.

Kahneman, D., Diener, E., Schwartz, N. (2003). *The foundations of Hedonic Psychology*. New York : Russell Sage Foundation.

Kaplan, R.M., Ries, A.L. (2007). Quality of Life : Concept and Definition. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 263-271

Karnofsy, D.A., Bur Chenal, J.H. (1949). The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer, in C.M. Mc Leod (éd.), *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. New York, Columbia Press.

Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M. *et al.* (2002). Multidimensional Scaling as a tool for analysing quality of life data. *Quality of Life Research*, 11, 223-233.

Keenaghan, C., Kilroe, J., Kidscreen Group Europe (2008). *A Study on the Quality of Life Tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland*, Office of the Minister for Children Department of Health and Children, Dublin, Ireland. (*www.omc.gov.ie*)

Keith, R.A., Granger, C.V., Hamilton, B.B., Sherwin, F.S. (1987). The Functional Independence Measure : a new tool for rehabilitation. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1, 6-18.

Keller, S.D. Ware, J.E., Bentler, P.M. et 10 auteurs (1998). Use of Structural Equation Modelling to Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 11, 1179-1188.

Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M. (2002). Multidimensional scaling as a tool for analysing Quality of Life data. *Quality of Life Research*, 11, 223-233.

Koch, T. (2000). Life Quality vs the « Quality of Life » : Assumptions underlying prospective Quality of Life instruments in Health Care Planning. *Social Science and Medicine*, 2000, 51, 419-427.

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gelie, F., Quintard, B. (2002). The Body Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 2002, 94, 189-196

Krabbe, P.F.M., Stouthard, M.E.A., Essink-Bot, M.L., Bonsel, G.J. (1999). The effect of adding a cognitive dimension to the EuroQoL Multiattribute Health Status Classification System. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 4, 293-301.

Krueger, A.B. et Schkade, D.A. (2008). The reliability of subjective Well-Being measures. *Journal of Public Economics*, 92, 1833-1845.

Lawton, M.P. (1997). Measures of Quality of Life and Subjective Well-Being. *Generations*, 21, 1, 45-48.

Leplège, A. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Paris, PUF, coll. « Que Sais-Je », n° 3506.

Leplège A. (2008). Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en cancérologie. In Le Corroller-Soriano A.-G., Malavolti L., Mermilliod C. (éd.), *La Vie deux ans après le diagnostic de cancer*. Paris, Drees-Inserm/La Documentation française, Part. 5, p. 195-204.

Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Pernegger T. (1998). The French SF-36 Health Survey : Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 11, 1013-1023.

Leplège, A., Réveillère, C., Ecosse, E., Caria, A., Rivière, H. (2000). Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une population de malades neuromusculaires. *L'Encéphale*, 13-22.

Life Instruments Database (PROQOLID) : Frequently asked questions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 12, 1-6. (*http://www.proqolid.org*)

Luckett, T., King, M.T., Butow, P.N., Oguchoi, M., Rankin, N., Price M.A., Hackl, N.A., Heading, G. (2011). Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research : issues, evidence and recommendations. *Annals of Oncology*, 22, 2179-2190.

Lyubomirsky, S. Sheldon, KM. et Schkade, D. (2005) Pursuing Happiness : The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9, 2, 111-131.

Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality.* New York, Harper, 3e éd.

Mc Dowell, I. (2006). *Measuring Health. A guide to rating scales and Questionnaires*. Oxford, Oxford University Press, 3e éd.

Mc Dowell, I. (2010), Measures of self-perceived Well-Being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 1, 69-79.

Meenan, R.F. (1982). The AIMS Approach to Health Status Measurement : Conceptual Background and measurement properties. *Journal of Rheumatology*, 9, 785-788.

Meenan, R.F., Mason, J.H., Anderson, J.J. (1992). AIMS2 : the content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*, 35, 1-10.

Missotten, P., Étienne, A.M., Dupuis, G. (2007). La qualité de vie infantile : état actuel des connaissances. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 12, 4, 16-27.

Missotten, P., Étienne, A.M., Squelard, G., De Vos, V., Dupuis, G., Ylieff, M. (2009). Evaluation de la qualité de vie de personnes âgées : état actuel et utilisation de l'Inventaire systémique de qualité de vie (ISQV). *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 2009, 14, 3, 14-21. *http://www.iprps.be/pdf/dupuis.pdf.*

Missotten, P., Ylieff, M., Étienne, A.M., Adam, S., Dupuis, G. (2012). L'Inventaire systémique de qualité de vie pour personnes âgées (ISQV-65+) : premiers éléments de validation. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 17, 1, 69-82.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Mont, D. (2007). Measuring health and disability. *Lancet*, 369, 1658-1663.

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients : A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 27, 32, 1-31. *www.jeccr.com/content/27/1/32.*

Moore, M., Bates, M. (2012). Well-Being and its measurement. Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury. USA. (*www.dcoe.health.mil/Content/Navigation/Documents/Well-being and Its Measurement.pdf*)

Musschenga A.W. (1997). The Relation between Concepts of Quality of Life, Health, and Happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-28.

Nicassio, M., Wallston, A., Callahan, L. *et al.* (1985). The Measurement of Helplessness in Rheumatoid Arthritis : the Development of the Arthritis Helplessness Index. *Journal of Rheumatology*, 12, 462-467.

Nordenfeld, L. (1994). *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Londres, Kluwer, chap. 3, 241-255.

Nordenfeld, L. (1995). *On the Nature of Health. An action-theoric approach*. Boston, Kluwer, 2e éd.

Norman, G. (2003). Hi ! How are you ? Response shift, implicit theories and differing epidemiologies. *Quality of Life Research*, 12, 239-249.

OARS (1978). *Multidimensional functional Assessment : the OARS Methodology. The Manual*. 2e éd. Durham, N. C : Duke University. Center for the Study of Aging and Human Development. (*www.geri.duke.edu/service/oars.htm*)

Ogden, J. (2007). *Health Psychology, a Textbook*. Berkshire : Open University Press, 4e éd.

Ohaeri, J.U., Awadalla, A.W., El-Abassi, A-H.M., Jacob, A. (2007). Confirmatory factor analytical Study of the WHOQOL-BREF : Experience with Sudanese General Population and Psychiatric Samples. *British Medical Journal Medical Research Methodology*, 7, 37, 1-9. (*www.biomedcentral.com/1471-2288/7/37*)

Okochi, J., Utsunomiya, S., Takahashi, T. (2005). Health measurement using the ICF : Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health and Quality of Life, Outcomes*, 3, 46, 1-13.

Okulicz-Kozaryn, A. (2012). Income and Well-Being across European Provinces. *Social Indicators Research*, 106, 371-392.

Oishi, S. (2005). The Concept of Life Satisfaction Across Cultures : An IRT Analysis. *Journal of Research in Personality*, 45, 84-91.

Olivier de Sardan, J.-P. (2006). Anthropologie de la Santé, in S. Mesure et P. Savidan (éds.), *Dictionnaire des Sciences Humaines*. Paris : PUF, 1039-1041.

OMS (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; Actes officiels de l'OMS, n°. 2, p. 100 (Application le 7 avril 1948).

OMS (1984a). *Health Promotion. A Discussion Document on the Concepts and Principles*. Copenhague, DK.

OMS (1984b). *Regional targets in Support of the Regional Strategy for Health for All*. Bureau régional pour l'Europe. Copenhague.

OMS (1994). World Health Organisation Working Group.

OMS (2001). WHO Disability Assessment Schedule, 2.0., WHODAS II. (*www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html)*

OMS (2005). *Mental Health facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*, Copenhague, DK : WHO Regional Office for Europe.

OMS (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10*. (*www.who.int/classifications)*

OMS (2012). *Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de Risque*. Document établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan global d'action sur la santé mentale le 27 août 2012. (*www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf*)

ONU (2012). Millenium Development Goals (Objectifs du millénaire pour le développement). (*mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/French2012.pdf)*

Ozer, D.J., Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the Prediction of Consequential Outcomes. *Annual Review of Psychology*, vol. 57 : 401-421.

Parkenson, G.R., Broadhead, W.E., Tse, C.-K.J. (1990). The Duke Health Profile : A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 28, 1056-1072.

Pavot, W., et Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.

Pavot, W., et Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.

Peterson, C., Park, N., Seligman, M.E.P. (2005), Orientations to Happiness and Life Satisfaction : the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.

Power, M. et WHOQOL Group (2006). *Manual of the WHOQOL-OLD, WHO Eutopean Office* (Copenhagen), May 2006. (*www.library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD)*

Pouwer, F., Snoek, F.J. et Van der Ploeg, H.M. (2000). The Well-Being Questionnaire : Evidence for a Three-Factor Structure with 12 items (WBQ 12). *Psychological Medicine*, 30, 455-462.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., Rahman, A. (2007), No Health without Mental Health. *The Lancet*, 370, 859-877.

Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research : A critical introduction*, London, Sage Publications.

Remington M., Tyrer P. (1979). The Social Functioning Schedule. A brief semi-structured interview. *Social Psychiatry*, 14, 151-157.

Robitail, S., Simeoni, M.-C., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., Auquier, P., European Kidscreen Group (2006). Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health-Related Quality of Life Questionnaire : First Results. *Journal of Adolescent Health*, 39, 596.e1-596.e10.

Rosenberg, S.J., Hayes, J.R., Peterson, R.A. (1987) Revising the Seriousness of Illness Rating Scale : Modernization and re-standardisation. *Internal Journal of Psychiatric Medicine*, 17, 1, 85-92.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middeltown, Wesleyan University Press (rev. ed.).

Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 69, 719-27.

Scheier M.F., Carver C.S. (1985). Optimism, Coping and Health : Assessment and implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.

Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., et Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being : Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 582-593.

Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. (1984). Measuring the Quality of Life of Cancer Patients : The Functional Living Index-Cancer : Development and Validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.

Shankland, R., Martin-Krumm, C. (2012). Évaluer le fonctionnement optimal : échelles de psychologie positive validées en langue française. *Pratiques Psychologiques*, 18, 171-187.

Seligman M. (2011). *Flourish : A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*, Sydney, William Heinamann.

Seligman M. (2002). *Authentic happiness : Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. New York, Free Press.

Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. (2004). *The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life assessment : Psychometric Properties and Results of the International Field Trial*. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research,* 13, 299-310.

Skevington, S.M. (2002). Advancing Cross-cultural Research on Quality of Life : Observations drawn from the WHOQOL Development. *Quality of Life Research*, 11, 135-144.

Sim, J., Bartlam, B., Bernard, M. (2011). The CASP-19 as a measure of Quality of Life in old age : Evaluation of its use in a retirement community. *Quality of Life Research*, 20, 7, 997-1004.

Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J. (1981). Measuring the Quality of Life of Cancer Patients : A concise QL-Index for use by physicians. *Journal of Chronic Disease*, 34, 585-597.

Springer KW, Hauser RM. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being : method, mode, and measurement effects. *Social Sciences Researches*, 35, 1080-1102.

Steel, P., Schmidt, J., et Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective wellbeing. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161.

Stiglitz, J.E., Sen, A., Fitoussi, J.-P. (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. (*www.stiglitz-sen-fitoussi.fr www.insee.fr/fr/ppp/comm_presse/comm/communique_stiglitz_web.pdf)*

Streiner, D.R., Norman, G.R. (2008). *Health Measurement Scales. A practical Guide to their development and use*. Oxford : Oxford University Press, 4e éd.

Szende, A., Williams, A. (2004). *Measuring Self-Reported Population Health : An International Perspective based on EQ-5D*. EuroQol Group.

Timbeck, R. J., Spaulding, S. J. (2003). Ability of the Functional Independence Measure to predict rehabilitation outcomes after stroke : A review of the literature. *Physical et Occupational Therapy in Geriatrics*, 22, 1, 63-76.

Turner R. R., Quittner A. L., Parasuraman B. M., Kallich J. D., Cleeland C. S., (2007). Patient-reported outcomes : instrument development and selection issues. *Value in Health*, 10 (2), S86-S93.

Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., MacLean, C., Rao, B., Johnson, T. (2005). The Social Functioning Questionnaire : A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 3, 265-275.

UNDP (United Nations Development Programme). Rapport sur le Développement Humain 2011. Durabilité et équité, un meilleur avenir pour Tous. (*http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rdh2011/*)

Urzúa, A., Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida : una revisión teorica del concepto. *Terapia Psicologica*, 30, 1, 61-71.

Veenhoven, R. (1996). Happy Life-Expectancy. A comprehensive measure of Quality of Life in nations. *Social Indicators Research*, 39, 1-58.

Veenhoven, R. (1997). Progrès dans la compréhension du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie,* 18, 29-74.

Veenhoven, R. (2007). Le bonheur du plus grand nombre comme but des politiques sociales. *Revue Québécoise de Psychologie*, 28, 1, 35-60.

Vigarello, G. (1999). *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Le Seuil, coll. « Points ».

Voyer, P., Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec*, 26, 1, 274-296. (*http://id.erudit.org/iderudit/014521ar*)

Wang M, Schalock RL, Verdugo MA, Jenaro C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal of Intellectual Developmental Disability*, 115, 3, 218-233. 10.1352/1944-7558-115.3.218.

Ware, J.E. (1976). Scales for measuring General Health Perceptions. *Health Services Research*, 11, 396-415.

Ware JE and Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). A conceptual framework and item selection. *Medical Care* ; 30 : 473-483.

Ware, J.E.Jr., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplège, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 in 10 countries : results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 11, 1159-1165.

Ware, J.E.Jr, Kosinski, M., Dewey, M. (2005). *How to score version 2 of the SF-36 Health Survey (standard and acute forms)*. Lincoln, Rhode Island : Quality Metric Inc.

Ware, J.E.Jr. (2004). SF-36 HealthSurvey Update. In M.E. Maruish (éd.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, vol. 3, p. 693-718, Lawrence Erlbaum, 3rd ed.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Ware, J.E.Jr. (2008). Improvements in short-form measures of Health Status : Introduction to a series. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 1-5.

Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988a). Development of a Brief Measure of Positive and Negative Affects : the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063-1070.

Watson, D., Clark, L.A., Carey, G. (1988b). Positive and Negative Affectivity and their relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 3, 346-353.

Weissman, M.M., Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.

WHO (2013). The European Health Report 2012. Charting the Way to Well-Being, *publicationrequests2@euro.who.int*.

WHOQOL Group (1994). Development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.

WHOQOL Group, (1995) The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL) : Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.

Wiggins, R.D., Higgs, P.F.D., Hyde, M., Blane, D.B. (2004). Quality of Life in the third age : Key Predictors of the CASP-19 measure. *Aging and Society*, 24, 693-708.

World Bank (1993). Development Report 1993 Investing in Health. (*http://files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf)*

World Health Organization (2001). *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODASII). Training Manual : a guide to administration*. Geneva : WHO, Revision 2003.

Wyler, A.R., Masuda, M., Holmes, T.H. (1968). The Seriousness of Illness rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 363-374.

Xu, J., Roberts, R.E. (2010). The power of Positive Emotions : It's a matter of life or death. Subjective Well-Being and Longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, 29, 1, 9-19.

Chapitre 2

LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX DE LA SANTÉ

Sommaire

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
4. Les déterminants sociaux généraux de la santé 101
5. La position socio-économique 114
6. Les déterminants sociaux intermédiaires..... 132
7. Déterminants sociaux proximaux..... 144
8. Les déterminants sociaux de la santé, synthèse et discussion..... 170
Bibliographie..... 175

On parle beaucoup depuis quelques années des *déterminants sociaux de la santé* pour désigner des conditions *socialement produites* qui ont un effet sur la santé des populations comme, par exemple, les politiques en matière d'emploi, le revenu, l'emploi, l'éducation, les moyens de transport, le quartier, l'habitat, etc. Dans ce chapitre, nous rendrons compte des actions internationales et européennes visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2011a ; Stiglitz, Sen et Fitoussi, 2009). Puis nous décrirons les effets des facteurs *environnementaux* sur la santé, effets qui concernent surtout des disciplines comme la santé publique, l'épidémiologie, la toxicologie, l'écologie, etc., et qui ne seront donc abordés que rapidement ci-après. Pour décrire la santé des populations, ce sont surtout des indicateurs comme la mortalité et la morbidité qui ont été utilisés. Nous décrirons ces indicateurs et rapporterons ensuite les données récentes en matière de longévité, d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé dans le monde, en Europe et en France.

La suite de ce chapitre sera consacrée aux déterminants *sociaux* de la santé, des plus larges aux plus spécifiques : facteurs *distaux* (contexte économique et politique, politiques de santé…), facteurs *intermédiaires* (statut socio-économique, ethnie, communauté…) et *proximaux* (habitat, milieu professionnel, famille, partenaire…). À chacun de ces niveaux, nous essaierons de décrire les effets de ces facteurs et de comprendre par quels mécanismes et selon quelles voies s'exercent leurs effets sur la santé physique et mentale.

1. Les déterminants sociaux de la santé

L'intérêt pour les *déterminants sociaux* de la santé (DSS) s'est traduit récemment par de nombreuses publications et manifestations internationales comme le *Human Development Report*, rapport de l'UNDP (United Nations Development Program, 2011) sur la gestion des ressources pour le développement humain (bibliographie d'environ neuf cents titres) et la conférence mondiale de l'OMS (2011a) « Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé ». Il existe, au sein de l'OMS, une commission travaillant spécifiquement

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

sur les déterminants sociaux de la santé[1]. En France on peut signaler les publications de l'Observatoire des inégalités (2008, 2009, 2011) et celles de l'INED (2010, 2011, 2012) et de l'INSEE (2012).

Les déterminants sociaux de la santé des populations (et en particulier ceux des inégalités de santé) constituent un vaste sujet, qui suscite, depuis les années 2005 notamment, un nombre très important de colloques, d'articles, d'ouvrages et des propositions d'actions. Il est complexe, compte tenu du statut, du nombre, du déroulement temporel et de l'intrication de ces facteurs. Ne seront détaillés ci-dessous que ceux des déterminants sociaux de la santé qui concernent les sciences sociales et la psychologie de la santé en particulier.

La majeure partie du « fardeau » mondial des maladies et les causes principales des inégalités en matière de santé, présentes dans tous les pays, découlent des *conditions d'existence,* conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS, 2008 ; Rasanathan, Montesinos, Don Mateson et Evans, 2011). De nombreuses manifestations internationales ont souligné à quel point il est urgent de promouvoir le bien-être et la santé de tous (par exemple, déclaration d'Alma-Ata, 1978 ; charte d'Ottawa, 1986 ; Conférence mondiale de l'OMS, 2011a). L'ensemble des conditions de vie est dénommé « déterminants sociaux de la santé » (DSS), expression largement adoptée au niveau international pour englober les déterminants environnementaux, sociaux, économiques, professionnels, politiques et culturels de la santé (OMS, 2011a, p. 44).

La commission des déterminants sociaux de la santé (DSS) de l'OMS (2011a) les définit comme les *conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, incluant le système de santé*. Ce terme englobe des facteurs sociaux, politiques, économiques, environnementaux et culturels qui déterminent les conditions de vie des personnes. Ils sont façonnés par la répartition des capitaux, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local, eux-mêmes influencés par des choix politiques. Les DSS sont en grande partie responsables des inégalités de santé[2].

---

1. Michael Marmot, professeur d'épidémiologie et de santé publique (University College, Londres) a conduit les travaux d'un groupe sur les inégalités de santé dans les dernières trente années, cherchant les causes du gradient social pour la morbidité et la mortalité. Il est engagé dans plusieurs recherches internationales sur les déterminants sociaux de la santé. Ses travaux ont reçu de nombreuses distinctions internationales. Il a été président de la commission de l'OMS sur les DSS de 2005 à 2008.

2. Nous renvoyons le lecteur au document de la commission des déterminants sociaux de la santé (DSS) de l'OMS (2011a) *www.who.int/social_determinantsen/.*

Dans le rapport final de l'OMS (2011a), un modèle synthétise les effets des divers déterminants sociaux sur la santé. La commission des DSS a tenté de surmonter les limites des modèles existants et d'élaborer un cadre conceptuel plus intégré des déterminants sociaux de la santé. Ce modèle traduit l'accent mis sur les causes fondamentales des inégalités de santé (les « causes des causes ») et illustre la façon dont elles agissent sur des facteurs intermédiaires successifs pour aboutir finalement à la santé des individus. C'est aujourd'hui le modèle relatif à la genèse des inégalités de santé considéré comme le plus abouti (voir figure 2.1).

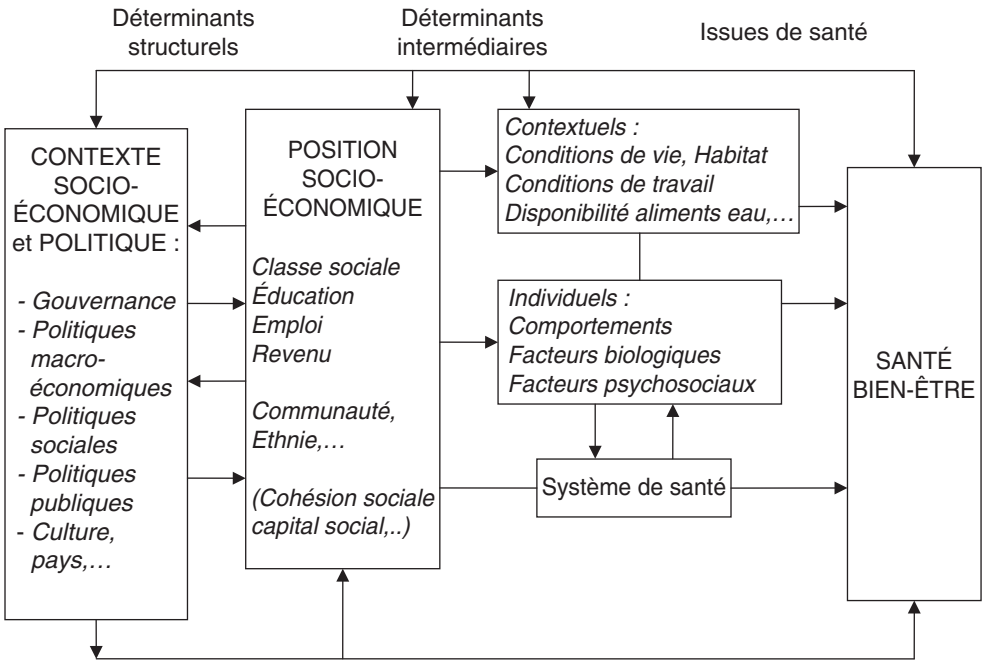


Figure 2.1 – *Les principaux déterminants sociaux et psychosociaux de la santé (d'après Solar et Irwin, 2010 ; OMS, 2011a, p .7) (modèle reformulé par nos soins)*

Parmi ces déterminants, viennent en premier des déterminants *structurels*. Ce sont des facteurs socio-économiques et politiques larges, situés *en amont* : la gouvernance, les politiques macroéconomiques, sociales, publiques, la culture et les valeurs sociétales. Ils génèrent des *stratifications* au sein des sociétés (inégalités et discriminations). Les structures de gouvernance, les systèmes éducatifs, le marché du travail et des marchandises, les systèmes financiers, les prestations sociales et la protection sociale sont quelques-uns des facteurs structurels pouvant produire et maintenir des stratifications. La principale inégalité

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

est le *statut socio-économique* des populations, qui est souvent associé à d'autres inégalités (classe sociale, revenu, niveau d'éducation, etc.). Diverses discriminations s'opèrent selon l'ethnie, l'âge, le genre, etc. Ces traitements différentiels créent des *hiérarchies* en termes de pouvoir, de prestige, de statut, de compétence perçue et d'accès à l'emploi et aux ressources.

Les déterminants *structurels* affectent essentiellement le statut socio-économique des individus (et les inégalités et discriminations précitées qui lui sont associées) et constituent la cause originelle des inégalités en matière de santé. Leur effet sur la santé des personnes transite (et peut être modulé) par des déterminants *intermédiaires* (conditions de vie, accès aux ressources alimentaires et *proximaux* (facteurs comportementaux, biologiques et psychosociaux). Une approche politique et socio-économique fondée sur les déterminants sociaux de la santé exige une action *coordonnée et cohérente* sur ces divers déterminants, afin d'améliorer la santé des êtres humains et de réduire si possible les inégalités de santé. Cette amélioration va de pair avec d'autres progrès (éducation, cohésion sociale, protection de l'environnement, développement humain, etc.). Nous décrirons quelques-unes des actions internationales sur les DSS plus loin (voir *infra*, § 4.6).

Pour la commission des DSS de l'OMS (2011a), la santé dépend de mesures qui vont bien au-delà du secteur de la santé et qui exigent d'agir de manière globale et à tous les niveaux de gouvernance (local, national et mondial). Dans la mesure où les problèmes, mais aussi les solutions, sont *systémiques*, les politiques publiques occupent une place centrale : politiques de transport et de logement à l'échelle locale ; politiques fiscales, éducatives, environnementales et sociales à l'échelle nationale ; politiques financières, commerciales et agricoles à l'échelle internationale.

Sans une action sur les déterminants sociaux de la santé, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMS, 2012b) liés à la santé et les objectifs de lutte contre les maladies non transmissibles ne pourront être atteints et les stratégies de prévention ne pourront être mises en œuvre de manière efficace pour réduire la malnutrition et l'incidence des maladies aiguës et chroniques dans le monde. Des actions *coordonnées* visant à améliorer la santé des populations sont essentielles pour la préservation de la stabilité sociale et de la sécurité nationale et mondiale. Le progrès des sociétés ne doit pas seulement être mesuré en termes de *croissance économique*, mais également en termes *d'amélioration durable de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des citoyens*.

L'équité en matière de santé, de bien-être et de qualité de vie est considérée par l'approche des DSS comme un indicateur clé non seulement de l'équité et de la justice sociales, mais également du fonctionnement général des sociétés. Des inégalités en matière de santé indiquent clairement une absence d'efficacité et de cohérence des politiques menées dans les divers secteurs d'une société. L'action de l'OMS vise à atteindre des objectifs clairs en agissant au niveau des déterminants sociaux des inégalités de santé (niveau des pays, niveau mondial).

2. Les effets de l'environnement sur la santé

L'influence de l'environnement sur l'état de santé est connue depuis la médecine d'Hippocrate[1]. Lorsqu'on découvrit que les maladies infectieuses étaient dues à des agents pathogènes provenant du milieu, on se mit à traiter l'eau, à conserver les aliments au froid, à éliminer les ordures. Les maladies infectieuses diminuèrent énormément dans les pays développés et les maladies cardio-vasculaires et les cancers devinrent les causes majeures de mortalité. On s'est ensuite intéressé aux styles de vie prédisposant à développer ces maladies chroniques et on a presque oublié, dans les pays industrialisés, le rôle que l'environnement distal et proximal pouvait jouer sur la santé. La santé des populations est affectée en effet par divers facteurs environnementaux généralement peu contrôlables au niveau individuel et dépendants au moins en partie d'instances collectives de niveau local, national mais aussi international[2].

Une série d'événements fortement médiatisés a provoqué une émotion considérable depuis plus d'une trentaine d'années : accident de Seveso en 1976 (dioxine), scandale de l'huile toxique à Madrid en 1981, catastrophe de Tchernobyl en 1986, leucémies près de l'usine de La Hague en 1997, explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001, marée noire dans le golfe du Mexique en 2010, catastrophe de Fukushima en 2011. Ces événements, ainsi que de nouvelles maladies (effets de l'amiante, transmission du sida par transfusion, etc.) et épidémies (vache folle, grippe

1. Hippocrate décrivit une épidémie d'oreillons sur l'île de Thasos et publia un traité *Des airs, des eaux et des lieux* vers 400 av. J.-C.

2. Voir l'ouvrage collectif de Toussaint, Swynghedauw et Bœuf (2012), qui rassemble les rapports de chercheurs de diverses disciplines sur les conséquences des activités humaines sur l'environnement, la capacité de l'espèce humaine à s'y adapter, les marges de manœuvre et solutions possibles, les questions scientifiques, éthiques et philosophiques soulevées.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

aviaire, etc.) ont suscité dans la population mondiale un sentiment de grande vulnérabilité. La *santé environnementale* est une notion proposée par l'OMS pour désigner « tous les aspects de la santé et de la qualité de vie des populations qui résultent de l'action sur l'homme de facteurs biologiques, chimiques et physiques de l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou anthropique ». Cette notion renvoie aux interactions, positives et négatives, entre les hommes et l'environnement[1].

La Charte de l'environnement (ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie) pose que *chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé*[2]. On ne peut qu'être d'accord avec de tels principes, mais que peut-on faire pour les appliquer ? Il n'est pas simple d'évaluer l'environnement, ni la santé des populations. Il est difficile d'estimer les effets de l'exposition des individus aux aspects nocifs de l'environnement et encore plus de les prévoir et de les gérer. De nouvelles approches concernant les problèmes liés à l'impact de l'environnement sur la santé sont décrites par exemple par Dab (2012, p. 63-94).

Prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement afin de mieux les maîtriser dans une optique de développement durable (élaboration de « normes d'exposition », application concrète du « principe de précaution ») est le prochain défi de l'*écosanté*, nouveau champ de recherches et d'applications au niveau international. Parmi les huit grands objectifs du millénaire pour le développement de l'ONU (OMS, 2012b), sept relèvent directement de considérations environnementales et sanitaires[3].

Les maladies infectieuses sont plus fréquentes dans les pays en développement (rôle écrasant des facteurs environnementaux) alors que les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont plus fréquents dans les pays développés. Certaines maladies des pays pauvres (diarrhées) sont dues au non-accès à de l'eau potable et à l'absence de traitement des eaux usées et d'assainissement. Depuis les années 1980, quelques maladies d'incidence croissante au niveau mondial (asthmes, allergies, intoxications, lymphomes…) sont très probablement liées à des facteurs environnementaux. Certains d'entre eux sont potentiellement

1. Les effets de l'environnement rapportés ici n'incluent pas l'effet de divers comportements personnels sains ou à risques (consommation d'alcool, de tabac, hygiène alimentaire…) qui seront abordés au chapitre 5.

2. *www.developpement-durable.gouv.fr/La-Charte-de-l-environnement.html*

3. *www.un.org/fr/millenniumgoals/*

dangereux et ne sont pas contrôlables individuellement (substances chimiques, OGM, nanomatériaux…).

La plupart des maladies sont plurifactorielles (facteurs biologiques, génétiques, environnementaux, comportementaux et liés aux systèmes de soins) et il est donc quasi impossible de retrouver le facteur déclenchant au niveau individuel. Certains de ces facteurs (environnementaux, génétiques) ne sont pas modifiables, pour l'instant du moins ; d'autres peuvent dépendre d'actions collectives (exemple : accès à l'eau potable) ; d'autres enfin dépendent des intéressés (comportements sains/à risques).

Environ 15 % à 20 % du fardeau des maladies en Europe serait dû à l'environnement. Au niveau mondial, les maladies d'origine environnementale sont :

- ➔ les diarrhées (4 milliards de cas par an, 2 millions de décès par an) ;
- ➔ les infections respiratoires aiguës (influence environnementale pour 45 % d'entre elles dans les pays pauvres) ;
- ➔ le paludisme (il affecte 500 millions de personnes, dont 1 million en meurent chaque année) ;
- ➔ les maladies cardio-vasculaires (décès de 15 millions de personnes par an) ;
- ➔ les maladies respiratoires chroniques (asthme, emphysème, insuffisance respiratoire) et les autres maladies chroniques (85 sur les 102 répertoriées sont au moins en partie liées à l'environnement).

Parmi les cancers (7 millions de décès annuels), certains sont liés à l'environnement (substances cancérogènes, rayonnements ionisants, radioactivité, soleil…).

On sait aujourd'hui que l'environnement joue un rôle important dans le développement de certaines maladies[1]. D'après les résultats d'une vaste étude menée sur les effets de l'environnement sur la santé humaine, on estime qu'environ un quart des maladies des adultes et un tiers des maladies des enfants sont dus à des facteurs environnementaux *modifiables* (Prüss-Ustün et Corvalán, 2007)[2]. Un *environnement modifiable* signifie qu'on peut agir sur certaines de ses caractéristiques :

1. *www.ero.who.int/eehc*

2. Les facteurs environnementaux joueraient un rôle dans 94 % des diarrhées, 42 % des blessures non intentionnelles, 42 % des cas de paludisme, 41 % des pneumopathies.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

pollution de l'air, de l'eau, du sol (agents chimiques ou biologiques) ; rayonnement ultraviolet et ionisant ; environnement bâti (sécurité des bâtiments, *infra*structures piétonnes…) ; bruit, charges électromagnétiques ; risques professionnels ; méthodes d'agriculture, schémas d'irrigation ; changements climatiques liés à l'activité humaine, dégradation des écosystèmes ; comportements individuels (contamination de la nourriture avec de l'eau impropre ou des mains sales)[1]. Les risques environnementaux font l'objet d'une prise de conscience de la part de l'opinion, des responsables politiques, des industriels et des scientifiques.

L'élaboration d'un véritable projet de *santé environnementale* exigera que tous les spécialistes de la santé et de l'environnement travaillent ensemble. Notre pays s'est doté d'un « Plan National Santé Environnement (2009-2013) » qui définit les actions et les acteurs qui contribueront à la protection et à l'amélioration de la santé environnementale, objet des politiques publiques désormais[2]. Mais comment gérer de tels enjeux et assurer la protection sanitaire des populations face à des intérêts privés nationaux et internationaux (compagnies pétrolières, multinationales agrochimiques, etc.) ? Que peuvent faire des organismes comme l'OMS, qui ont des moyens limités ? Il est urgent d'alarmer la communauté internationale sur ces questions et d'agir ensemble. Il en va de *la vie* à court et à moyen terme sur notre planète.

3. La santé des populations : mortalité, morbidité, espérance de vie, santé auto-évaluée[3]

3.1 Quelques indices et mesures

Les données relatives aux notions décrites dans le chapitre précédent (bien-être, bonheur, satisfaction, qualité de vie) sont relativement difficiles à obtenir et donc peu utilisées dans les enquêtes de grande

1. Les facteurs environnementaux n'expliquent qu'une partie de la variance des issues de santé. De plus, un même environnement n'affecte pas tous les individus de la même façon. Ses effets sont médiatisés par certaines caractéristiques psychosociales des groupes et des individus, qui agissent sur les issues de santé conjointement.

2. *http://www.sante.gouv.fr/deuxieme-plan-national-sante-environnement-pnse2-2009-2013.html.*

3. Pour les informations relatives à la santé des populations, voir diverses publications de l'INED (2010, 2011, 2012), de l'INSEE, de la Banque mondiale et de l'OMS (2010, 2011a et b). On trouvera dans la brochure de l'OMS (Statistiques sanitaires mondiales, 2012 et 2013) des données détaillées sur les taux de mortalité, causes des maladies, facteurs de risque, systèmes et dépenses de santé et conditions de vie dans le monde. *www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/*

ampleur. Dans celles-ci, les indicateurs sont le plus souvent l'espérance de vie, la mortalité, la mortalité infantile, calculés à partir des données consignées habituellement dans les registres d'état civil et les dossiers médicaux et hospitaliers[1]. La comptabilisation annuelle des décès et la détermination des causes permettent d'évaluer l'efficacité du système de santé d'un pays. Ces chiffres permettent aux autorités sanitaires de déterminer si elles prennent des mesures de santé publique adéquates. La santé auto-évaluée (SAE) est également un indicateur de santé largement utilisé.

La population mondiale a atteint plus de 7 milliards d'individus en 2012 dont la moitié environ vivent dans des pays en voie de développement, plus d'1 milliard dans les pays développés et 2 milliards et demi dans les pays émergents (Chine, Inde, Brésil). Dans les pays les plus pauvres, la santé des populations est déterminée par des facteurs comme la pauvreté, les famines, les épidémies et les guerres. Malgré un fort taux de natalité, en Afrique par exemple, un taux de mortalité infantile très élevé explique pourquoi l'espérance de vie moyenne n'y est que d'environ 57 ans contre 76 à 79 ans dans les pays développés.

3.2 Mortalité infantile

Depuis le milieu du XX^{e} siècle, l'espérance de vie moyenne s'est accrue et les taux de mortalité (adulte, infantile) ont diminué de façon importante dans le monde et en Europe. La situation moyenne s'est améliorée, mais de très fortes inégalités subsistent entre pays et à l'intérieur des pays. Nous avons regroupé des données publiées en 2011 dans un même tableau (Adveev *et al.* ; INSEE ; INED ; Eurostat) concernant le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité, le taux de natalité et l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes dans les 6 régions de l'OMS (voir tableau 2.1).

1. L'espérance de vie est le nombre moyen d'années restant à vivre à partir d'un âge donné pour une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Le taux de mortalité infantile est la proportion (pour mille) de nouveaux-nés décédés avant l'âge de un an. Le taux de mortalité est la proportion (pour mille) de décès dans une population. Pour une approche détaillée de la démographie en Europe, voir Adveev, Eremenko, Festy, Gaymu, Le Bouteillec et Springer (2011).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 2.1 – *Répartition de la population mondiale dans les 6 régions de l'OMS : EV, taux de mortalité et de natalité. Estimations 2013 (INED), d'après World Population Prospects, Nations Unies (2011)*

Pays	Population totale (en milliers)	Espérance de vie moyenne	Taux de mortalité (‰)	Taux de mortalité infantile (‰)	Taux de natalité (‰)	Nombre d'enfant(s) par femme
Afrique	1 095 504	57,6	10,7	70,7	33,9	4,34
Amérique Latine et Caraïbes	609 554	74,8	6,0	18,4	17,7	2,15
Amérique Septentrionale	353 387	79,1	8,3	6,3	13,5	2,04
Asie	4 292 970	70,5	7,3	36,5	17,3	2,17
Europe	740 535	76,6	11,3	6,3	10,8	1,59
Océanie	38 227	77,8	6,8	18,9	17,3	2,45
Monde	7 130 174	69,4	8,2	41,5	19,0	2,44

En 2011, environ 7,6 millions de décès se sont produits chez des enfants de moins de 5 ans (dont 98,8 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire). 35 % de ces décès sont directement associés à la malnutrition, qui rend les enfants très vulnérables. 43 % des décès d'enfants de moins de 5 ans se produisent pendant la période néonatale (prématurité, infections néonatales, manque d'oxygène à la naissance). À part les problèmes de santé en période périnatale, les causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont les pneumopathies, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et le VIH/sida. Nous verrons que quelques progrès ont été accomplis de 1990 à 2010 (lutte contre l'infection par VIH, la tuberculose, le paludisme, la rougeole ; accès à l'eau potable).

Le taux moyen (sur mille) de mortalité infantile (décès d'enfants de moins de un an) estimé pour 2013 est de 70,7 en Afrique, 36,5 en Asie, 18,9 en Océanie, 18,4 en Amérique Latine, 6,3 en Europe et 6,3 en Amérique du Nord. La plupart des décès infantiles ont lieu dans des pays en développement. L'Afrique concentre à elle seule 46 % des décès d'enfants de 0 à 1 an. Le taux de mortalité infantile est de 2 à 4 enfants pour mille dans les pays développés, mais il est encore de plus de cent pour mille dans certains pays pauvres (Angola, Afghanistan…). C'est dans les pays à faible revenu qu'il est le plus élevé.

En ce qui concerne la mortalité infantile dans le monde, on peut consulter l'INED (2010, 2011, 2012) et les statistiques sanitaires mon-

diales de l'OMS (2012a, 2013)[1]. Le taux moyen de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 35 % entre 1990 et 2010, passant de 88 décès en 1990 à 41,5 pour 2013 (pour 1 000 naissances vivantes). La mortalité néonatale (décès d'enfants ont lieu dans le premier mois suivant la naissance) est plus importante dans les pays à faible revenu. Si ce taux a beaucoup reculé grâce à l'amélioration des conditions de grossesse et d'accouchement et aux progrès dans la lutte contre les maladies infantiles, beaucoup d'enfants de moins de 5 ans et en période néonatale en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud Est n'en bénéficient toujours pas. Selon l'Unicef, deux tiers de ces décès seraient évitables par divers moyens dont certains simples et peu coûteux[2].

Après avoir stagné quelques années entre 2005 et 2009, le taux de mortalité infantile en Europe a baissé à nouveau, pour atteindre son taux le plus bas en 2011 (la moyenne des 27 pays de l'Union européenne est d'un peu plus de 4 décès pour 1 000 naissances). Cette baisse concerne aussi bien la mortalité précoce (décès d'enfants de moins de 7 jours) que la mortalité un peu plus tardive (enfants de moins d'un an). La baisse de la mortalité infantile a été plus rapide et plus forte dans certains pays comme la Suède ou la Slovénie qu'en France. Hors Union Européenne, c'est en Islande que le taux de mortalité infantile est le plus bas, avec 2,2 pour 1 000 (Adveev *et al.*, 2011). Il y a cependant de nettes différences entre pays européens du nord et de l'ouest (3 pour 1 000 environ) et pays de l'est et du centre (6 à 7 pour 1 000). La situation s'améliore un peu en Bulgarie, Lettonie, Roumanie, Russie[3]. Dans un même pays, la mortalité infantile est plus élevée dans les catégories défavorisées que dans les catégories aisées (Marmot, 2005a).

3.3 L'espérance de vie à la naissance (EV)

Selon la Banque mondiale (2011), l'espérance de vie à la naissance en 2009 était en moyenne de 41,7 ans dans les dix pays où elle est la plus faible, dont neuf en Afrique (Angola : 38,2, Zambie : 38,6, Lesotho : 40,3, Mozambique et Sierra Leone : 41,2, Libéria : 41,8, Malawi : 43,8, Centrafrique : 44,5, Afghanistan : 44, 6, Zimbabwe : 45,7). Dans les dix pays où elle est la plus élevée, l'espérance de vie moyenne à la naissance

1. L'OMS enregistre chaque année les taux de mortalité et de morbidité dans le monde, en collaboration avec d'autres organismes. Pour certains pays, il faut recourir à des enquêtes et recensements.

2. Unicef (Réduire la mortalité infantile) : *http://www.unicef.org/french/mdg/childmortality.html*

3. Taux de mortalité infantile 2011 en Europe : *www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/natalite_mortalite_infantile/*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

était en 2009 de 81,35 ans (Andorre : 82,5, Japon : 82,1, Singapour : 82,0, Australie : 81,6, Canada : 81,2, France : 81,0, Suède et Suisse : 80,8, Israël et Islande : 80,7). Il y a d'importantes inégalités de santé entre pays (jusqu'à quarante ans de différence d'espérance de vie) mais aussi dans chaque pays (jusqu'à vingt années) entre les plus aisés et les plus démunis.

La longévité moyenne des hommes et des femmes a beaucoup augmenté dans le monde et en Europe depuis les années 1960-1970. L'espérance de vie mondiale moyenne à la naissance était en 2009 de 71 ans pour les femmes et de 66 ans pour les hommes (OMS 2012a, p. 60)[1]. De 1980 à 2008, les hommes européens ont gagné en moyenne 5,5 et les femmes 5,1 années (Adveev *et al.*, 2011, p. 49). L'espérance de vie moyenne a augmenté partout en Europe. De 1980 à 2010, l'espérance de vie à la naissance des Européennes est passée en moyenne de 75,5 ans à 82,6 ans. Elle a dépassé 84 ans dans certains pays européens (Espagne, Italie, France et Suisse) mais n'est encore que d'environ 77 ans dans d'autres (Bulgarie, Macédoine, Monténégro, Roumanie et Serbie) (voir tableau 2.2). Si la France fait partie des pays où les femmes vivent le plus longtemps, avec l'Espagne, la Suisse et l'Italie, elle ne se situe que dans la moyenne pour les hommes[2]. Les hommes suédois, chypriotes et espagnols ont l'espérance de vie moyenne la plus longue (environ un an de plus que les Français).

Depuis 1994, les gains moyens d'espérance de vie en France sont de trois mois par an pour les hommes et de deux mois par an pour les femmes. Pourra-t-on gagner trois mois par an indéfiniment ? Vallin et Meslé (2010) analysent l'évolution de l'espérance de vie dans les différents pays d'Europe depuis 1750 où l'espérance de vie était de 27 ans (hommes) et de 28 ans (femmes). Des améliorations significatives se sont produites en 1790, en 1880 et 1970 (périodes marquées par des progrès significatifs)[3]. Après des avancées pour traiter les maladies infectieuses, puis les maladies cardio-vasculaires, ces auteurs soutiennent que la prochaine étape correspondra à une meilleure prise en charge de la santé des sujets âgés. Toutefois, selon ces auteurs, la progression de l'espérance de vie ne pourra se poursuivre longtemps à son rythme actuel.

---

1. *http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_life_tables/en/*

2. Dans le monde, ce sont les Japonaises qui vivent le plus longtemps (86,4 ans d'EV moyenne en 2010). Les Japonais, avec une EV de 79,6 ans, viennent après les Suisses, les Israéliens, les Hongkongais. On attribue en partie cette longévité à l'hygiène de vie et à l'alimentation saine des Japonais.

3. Vers 1790 : diffusion du premier vaccin (vaccin de Jenner contre la variole) ; progrès dans la conservation des aliments et l'agriculture. 1880 : découvertes de Pasteur (vaccins, aseptie). 1970 : « révolution cardiovasculaire ».

Tableau 2.2 – *Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé dans l'Union Européenne (Robine, INED, 2012). Taux de mortalité adulte et infantile en 2010 d'après l'INSEE (2011), l'INED (2011) et Eurostat (2011)*

PAYS	HOMMES		FEMMES		Taux de mortalité adultes (‰)	Taux de mortalité infantile (‰)
	EV (années)	EVBS (années)	EV (années)	EVBS (années)		
	2010 (ou 2009)	2010 (ou 2009)	2010 (ou 2009)	2010 (ou 2009)		
Allemagne (DE)	78,0	57,9	83,0	58,6	10,3	3,5
Autriche (AT)	77,9	59,3	83,5	60,7	9,1	3,6
Belgique (BE)	73,3	64,0	82,8	63,7	9,7	3,3
Bulgarie (BG)	70,2	63,0	77,4	67,2	15,1	8,5
Chypre (CY)	78,7	65,3	83,7	66,4	6,5	3,1
Danemark (DK)	77,2	62,3	81,4	61,9	10,3	3,5
Espagne (ES)	79,0	64,3	85,2	63,7	8,9	3,4
Estonie (EE)	70,7	54,0	80,8	58,1	12,4	2,5
Finlande (FI)	76,9	58,5	83,5	57,8	9,4	2,4
France métr. (FR)	78,2	61,9	85,3	63,5	8,6	3,4
Grèce (EL)	78,4	68,4	82,8	67,6	10,0	3,8
Hongrie (HU)	70,7	56,4	78,6	58,6	13,3	4,9
Irlande (IE)	78,7	65,9	83,2	66,9	6,6	3,8
Italie (IT)	79,4	63,4	84,6	62,5	9,8	3,4
Lettonie (LV)	68,6	53,5	78,4	56,5	14,0	6,6
Lituanie (LT)	68,0	57,7	78,9	62,3	13,4	4,2
Luxembourg (LU)	77,9	64,5	83,5	66,0	7,4	4,3
Malte (MT)	79,1	70,2	83,6	71,6	7,8	6,1
Pays Bas (NL)	78,9	61,1	83,0	60,2	8,2	3,8
Pologne (PL)	72,1	58,5	80,7	62,2	9,9	4,7
Portugal (PT)	76,7	59,2	82,8	56,6	10,1	3,1
Roumanie (RO)	69,8	59,8	77,4	61,7	11,9	9,4
Royaume Uni (UK)	78,3	65,1	82,5	66,0	9,5	4,3
Tchéquie (CZ)	74,5	62,2	80,9	64,6	10,1	3,0
Slovaquie (SK)	71,7	52,3	79,3	52,1	9,8	4,9
Slovénie (SI)	76,4	60,5	83,1	61,3	9,2	2,9
Suède (SE)	79,6	71,7	83,6	71,0	10,1	2,1
UE 27	76,7	61,3	82,6	62,0	10,0	4,16

3.4 Les causes de décès chez les adultes et les enfants

Quelles sont les maladies qui sont des causes de décès dans les populations ? Ces données ne sont pas facilement accessibles. Si les décès d'enfants et d'adultes sont consignés dans les registres d'état civil et des hôpitaux, leur cause n'est pas toujours indiquée. Il est très difficile de trouver des indications sur la prévalence des maladies (surtout pour les maladies non mortelles). Quelques informations sur les causes de décès

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

dans le monde sont cependant disponibles sur divers sites, dont ceux de l'INED et de l'OMS[1]. D'après l'OMS (2011b), 57 millions de personnes dans le monde sont mortes en 2008. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès (7,3 millions par cardiopathie ischémique, 6,2 millions par maladie vasculaire cérébrale). Le tabagisme est directement responsable de maladies mortelles : maladies cardio-vasculaires, BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives), cancer du poumon ; il est aussi impliqué dans d'autres maladies entraînant le décès.

Les causes de décès diffèrent beaucoup entre pays riches et pauvres (OMS, 2011b). Dans les pays à revenu élevé, où plus de deux tiers des individus vivent au-delà de 70 ans, des maladies chroniques sont à l'origine de la plupart des décès : les cardiopathies (15,6 % des décès), les maladies vasculaires cérébrales (8,7 %), les cancers de la trachée ou du poumon (5,9 %), les démences (4,1 %), etc. (OMS, 2011b)[2]. Dans les pays à faible revenu, moins d'une personne sur cinq atteint l'âge de 70 ans et plus d'un tiers des décès concernent des enfants de 14 ans ou moins[3]. Dans ces pays, les causes de mortalité sont : les pneumopathies (11,3 % décès), les diarrhées (8,2 %), le VIH/sida (7,8 %), les cardiopathies (6,1 %), le paludisme (5,2 %), les maladies vasculaires cérébrales (4,9 %) et la tuberculose (4,3 %). Dans ces pays, certaines maladies infectieuses, qui tuent une proportion élevée d'individus, pourraient être évitées par des mesures appropriées.

Selon l'OMS (2012a), on comptait (en 2010) 7,6 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans. Dans les pays pauvres, ces décès sont dus à des maladies infectieuses (infections pulmonaires, maladies diarrhéiques, paludisme, VIH/sida, tuberculose, rougeole) auxquelles des enfants affaiblis par la malnutrition sont particulièrement vulnérables. Près de deux tiers de ces décès seraient évitables par des moyens relativement simples et il reste énormément à faire au niveau des aides internationales pour atteindre le quatrième objectif du millénaire pour le développement de l'ONU (réduire de deux tiers le nombre de décès d'enfants d'ici 2015).

---

1. Les causes de décès au niveau mondial sont : cardiopathie ischémique (12,8 %), maladies cérébro-vasculaires (10,8 %), infections respiratoires inférieures (6,1 %), broncho-pneumopathies chroniques obstructives (5,8 %), diarrhées (4,3 %), VIH/sida (3,1 %), cancers du poumon (2,4 %), tuberculose (2,4 %), diabète (2,2 %), accidents de la route (2 %). *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html#*

2. *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html*

3. Les décès dans les pays riches concernent des plus de 70 ans dans 70 % des cas ; dans les pays pauvres, il s'agit en majorité de personnes plus jeunes, individus âgés de 15 à 69 ans (43 % des cas) ou enfants de 14 ans ou moins (36 %).

Les complications de la grossesse et de l'accouchement restent une cause importante de mortalité pour les mères comme pour les nourrissons. Malgré une réduction notable du nombre de décès maternels (de 543 000 en 1990 à 287 000 en 2010), il y a eu peu de progrès dans les pays où la mortalité maternelle était très élevée en 1990 (plus de cent décès maternels pour cent mille naissances vivantes). Pour qu'elle diminue, toutes les femmes doivent avoir accès à des soins maternels et génésiques de qualité : soins anténataux (seules 55 % des femmes bénéficient de 4 visites), naissances assistées par du personnel qualifié (90 % en Europe et Amérique du Nord, pour seulement 59 % au Moyen-Orient et en Asie du Sud-Est et 48 % en Afrique) (voir *infra* § 4.5.1).

3.5 L'espérance de vie en bonne santé

Vivre plus longtemps, oui, mais dans quel état ? L'espérance de vie en bonne santé (EVBS) est un indicateur important pour les politiques de santé[1]. La stratégie Europe 2020 de la commission européenne vise à augmenter de 2 ans le nombre moyen d'années de vie en bonne santé (AVBS) d'ici 2020. Jagger, Gillies, Cambois, Van Oyen, Nusselder et Robine (2008) trouvent à partir des données 2005 d'Eurostat que les hommes européens de 50 ans peuvent espérer un nombre d'AVBS de 17,3 ans et les femmes de 18,1 ans. Les écarts restent cependant importants entre pays d'Europe (ABVS masculines à 50 ans : de 9,1 ans en Estonie à 23,6 ans au Danemark ; ABVS féminines : de 10,4 ans en Estonie à 23,6 ans au Danemark). Les différences entre pays (et entre catégories sociales) sont encore plus importantes pour l'espérance de vie en bonne santé que pour l'espérance de vie. La relation entre revenu moyen et l'AVBS à 50 ans calculée sur 25 pays européens est positive et significative ($p < 0.05$) pour les deux sexes.

D'après les données 2010 d'Eurostat (Robine, INED, 2012), on vit plus longtemps en Europe de l'Ouest et du Sud que les ex-pays d'Europe de l'Est et Pays baltes (voir tableau 2.2). Pour les hommes de l'Union européenne, c'est la Suède qui a l'espérance de vie la plus longue (79,6 ans) et la Lituanie la plus courte (68 ans), soit un écart de près de douze années d'espérance de vie (EV) à la naissance. C'est toujours la Suède qui avait, cette année-là, l'espérance de vie en bonne santé mascu-

1. On parle d'EVBS ou d'EVSI (espérance de vie en bonne santé, ou sans incapacité) dans les publications francophones. HLY (*Healthy Life Years*) sont les années restant à vivre en bonne santé (AVBS) à un âge donné.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

line la plus longue (71,7 ans) et la République slovaque la plus courte (52,3 ans). C'est encore en Suède que la proportion des AVBS est la plus élevée (en 2010, un Suédois peut espérer vivre à la naissance 90 % de sa vie en bonne santé, contre seulement 73 % pour un Slovaque). On observe globalement dans les pays européens que, plus l'espérance de vie est longue, plus la proportion vécue sans incapacité est élevée (Robine, INED, 2012).

Cambois, Barnay et Robine (2010) soulignent les différences d'espérance de vie et notamment les différences d'espérance de vie en bonne santé entre catégories sociales en France et en Europe. Les hommes français de 50 ans exerçant des professions très qualifiées peuvent espérer vivre encore 22,8 ans en bonne santé contre 13,7 ans pour les ouvriers ; les femmes françaises de 50 ans très qualifiées peuvent espérer vivre 23,8 ans en bonne santé contre 14,7 pour les ouvrières (d'après l'échantillon démographique permanent de l'INED). Selon Robine (2012), la situation est similaire en Europe (avec des différences entre catégories sociales un peu moins marquées qu'en France). Après 50 ans, il existe « un réservoir d'années de vie en bonne santé » qui n'est pas distribué équitablement : il varie beaucoup selon les pays, les professions et la position sociale et persiste pendant les années de retraite.

3.6 La santé auto-évaluée

La santé auto-évaluée (SAE) est une mesure populaire, car simple à utiliser, les répondants ayant généralement à cocher une réponse à un item sur une échelle de Likert en cinq degrés[1]. Cet indicateur s'est avéré fidèle (intervalle un mois) et valide ; il est fortement associé à la santé physique et mentale. Une étude longitudinale menée dans dix pays européens pendant onze ans sur environ deux cent soixante mille adultes et prenant en compte la SAE (en 1980 et en 1990), le niveau d'éducation et le revenu montre que la SAE a une bonne stabilité temporelle. La SAE est meilleure chez les individus ayant un niveau d'éducation et un revenu élevés et cet avantage persiste dans le temps (Kunst *et al.*, 2005). La SAE s'avère un bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité, même après contrôle de divers facteurs de confusion (Idler et Benjamini, 1997).

1. L'item : « Diriez-vous que votre santé est globalement : excellente, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise » est utilisé par exemple dans le *McMaster Health Utility Index* (HUI), présenté au chapitre précédent.

Pourtant, d'après une étude menée sur 9 235 adultes américains, la fidélité test-retest de la SAE (à 2 mois) est moindre dans les groupes socialement défavorisés (Zajacova et Dowd, 2011). Le pouvoir prédictif de la SAE semble varier selon la catégorie sociale. D'après la vaste étude longitudinale de Dowd et Zajacova (2007) menée sur plus de trois cent cinquante mille adultes américains pendant douze ans, il y a bien un lien entre SAE et mortalité, mais il varie selon le statut social et éducatif des répondants : il est plus fort dans les classes favorisées (revenu, niveau d'éducation) que dans les catégories défavorisées. Cet indicateur, très utilisé dans les enquêtes comparatives inter-pays, doit donc être considéré avec prudence.

4. Les déterminants sociaux généraux de la santé[1]

Nous avons rappelé ci-dessus quelques-unes des différences entre pays (et à l'intérieur des pays) en matière d'espérance de vie et de santé. Nous allons tout d'abord nous interroger sur les causes lointaines de ces différences. Pour l'OMS (2011a), certains *facteurs socio-économiques et politiques* larges (distaux) affectent la santé : les gouvernances, les politiques macro-économiques, sociales, les politiques publiques en matière de santé et d'éducation et les valeurs sociétales et culturelles (voir *supra*, Fig. 2.1.). Les déterminants « structurels » générant des inégalités entre catégories et donc une stratification sociale sont par exemple : la répartition mondiale et nationale des richesses, la discrimination en raison de l'ethnie, du sexe, de l'âge ou d'un handicap. Certaines structures politiques et de gouvernance maintiennent ou même renforcent ces stratifications.

4.1 Le pays : inégalités de santé inter-pays et intra-pays

Niveau international. Les différences entre pays favorisés et en développement quant au taux de mortalité des adultes sont importantes et

1. Nous aborderons rapidement ces déterminants et leurs effets qui, bien que d'une très grande importance, concernent d'autres disciplines que la psychologie de la santé et sortent donc du cadre de cet ouvrage.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

vont en s'accroissant, ainsi que les différences entre riches et pauvres à l'intérieur d'un même pays (gradient socio-économique inter et intra-pays). Entre 1970 et 2002, la probabilité chez des individus de 15 à 60 ans de décéder a augmenté en Afrique et dans les pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est tout en diminuant globalement en moyenne dans le monde (WHO, World Health Report, 2003). Les différences sont parfois considérables : une personne de 15 à 60 ans a 8,3 % de chances de décéder en Suède, par exemple, contre 82,1 % au Zimbabwe et 90,2 % au Lesotho.

La longévité moyenne des hommes et des femmes a beaucoup augmenté dans le monde et en Europe depuis les années 1960-1970. Malgré cette tendance moyenne, il y a de très fortes inégalités entre les six régions de l'OMS (voir tableau 2.1) et des différences importantes entre pays développés et pays en voie de développement (Leon, 2011). L'espérance de vie à la naissance est en moyenne de 41,77 ans dans les dix pays à plus faible espérance de vie et de 81,35 dans les dix pays à plus forte longévité ; une différence de presque quarante ans sur des moyennes, c'est considérable.

En Europe. De 1980 à 2008, les hommes européens ont gagné en moyenne 5,5 ans d'espérance de vie et les femmes 5,1 ans (Adveev *et al.*, 2011, p. 49). L'espérance de vie des femmes a dépassé 84 ans dans certains pays européens (Espagne, Italie, France et Suisse), mais n'est encore que d'environ 77 ans dans d'autres (Bulgarie, Macédoine, Monténégro, Roumanie et Serbie). Les écarts observés se creusent (Observatoire des inégalités, 2009), ce qui est aussi le cas pour la mortalité infantile (INED, 2012). L'amplitude des différences intra-pays est faible dans les pays d'Europe du Sud et plus importante dans les pays d'Europe de l'Est et les pays baltes. En Russie par exemple, des inégalités socio-économiques croissantes s'accompagnent de différences grandissantes des taux de mortalité (Plavinski, Plavinskaya et Klimov, 2003). L'espérance de vie masculine moyenne a baissé de façon inquiétante dans les pays d'Europe de l'Est et du centre dans les années 1990-1995 (Adveev *et al.*, 2011, p. 45 ; Leon, 2011).

Mackenbach *et al*. (2008) ont collecté les informations (âge, genre, cause, statut socio-économique) relatives à 3,5 millions de décès d'adultes dans vingt-deux pays d'Europe (et le score de santé auto-évaluée pour 350 000 d'entre eux). L'espérance de vie et la santé auto-évaluée sont bien meilleures dans les groupes à haut statut socio-économique que dans les groupes défavorisés, mais l'amplitude de ces différences varie selon les pays. Comme dans l'étude précédente, les inégalités entre catégories sociales sont moindres dans les pays

d'Europe du Sud et plus importantes dans les pays d'Europe de l'Est et les Pays baltes[1].

En France. Une Française de 35 ans peut espérer vivre encore 49 ans et un français, 43 ans (dans les conditions de mortalité observées en 2000-2008), ceci d'après l'échantillon démographique permanent de l'INSEE (Blanpain, 2011). Les cadres supérieurs ont à 35 ans une espérance de vie de 47,2 ans, les ouvriers de 40,9 ans (différence : 6,3 ans). Chez les femmes, l'espérance de vie d'une femme cadre est de 51,7 ans contre 48,7 ans pour une ouvrière. L'écart entre espérance de vie masculine et féminine s'est stabilisé à 6-7 ans depuis les années 1980 (les femmes vivent plus longtemps quelle que soit leur catégorie sociale). Quand à l'espérance de vie en bonne santé, l'écart entre cadres et ouvriers âgés de 35 ans est de 11 ans (35 ans d'espérance de vie sans incapacité chez les cadres, contre 24 chez les ouvriers). Les différences observées entre catégories et genres seraient liées aux conditions de travail et aux modes de vie (accès aux soins, alimentation, consommation d'alcool et de tabac, obésité, etc.).

Il est important de comptabiliser et déterminer les causes des décès chaque année, mais aussi d'estimer l'incidence de diverses maladies chroniques et traumatismes pour évaluer l'efficacité des systèmes de santé de chaque pays. Ces chiffres permettent aux autorités sanitaires de déterminer si elles prennent des mesures de santé publique adéquates. Si les pays développés ont des organismes spécialisés dans l'évaluation de la morbidité et la mortalité des populations, la plupart des pays en développement n'en ont pas et doivent les estimer à partir de données biaisées et lacunaires. Il est crucial de progresser dans ce domaine, ce qui contribuera à améliorer la prise en charge des problèmes de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

En résumé, la santé des populations, quel que soit l'indice sélectionné pour l'estimer, diffère beaucoup dans le monde entre pays du Nord (à haut revenu) et pays à faible revenu (Afrique, Sud-Est asiatique), mais aussi entre des pays appartenant à la même région (Europe, par exemple). Divers facteurs sociaux larges situés en amont sont considérés comme responsables de ces inégalités de santé. Nous allons présenter quelques-uns de ces déterminants structurels.

1. Il y aurait dans ces pays des différences importantes entre catégories sociales quant à la consommation d'alcool et de tabac, l'obésité, l'accès à des soins médicaux, l'alimentation et le mode de vie (ruraux/urbains, riches/pauvres, éduqués/peu éduqués).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.2 Le contexte économique et politique[1]

Certains déterminants sociaux larges des inégalités de santé sont situés en amont et sont extérieurs au domaine de la santé (ils sont surtout de nature politique, sociale et économique). L'un des problèmes majeurs du XXIe siècle est que nous avons très peu avancé pour réduire les inégalités de santé, ce qui reflète l'inadéquation des instances politiques locales, nationales et mondiales. Que faire face à un sentiment grandissant d'impuissance ? Plusieurs auteurs et institutions soulignent la nécessité et l'urgence d'interventions politiques, sociales et économiques de grande ampleur. Pour mener des actions efficaces, il faudrait prendre en compte des facteurs comme les relations de pouvoir, les conflits d'intérêts et les conflits de valeurs, ce qui exige une collaboration entre des chercheurs de différentes disciplines (sciences de la santé, sciences politiques, économiques, sociales) et les responsables politiques (Meyer et Schwarz, 2000).

La persistance et l'aggravation des inégalités de santé remettent en cause la division traditionnelle des sociétés et de leurs gouvernements en domaines cloisonnés (OMS, 2011a). La réduction de ces inégalités nécessiterait des réponses politiques *coordonnées* dans tous les secteurs et dans tous les pays (riches et pauvres), avec un engagement politique ferme de toutes les parties. Mais divers obstacles politiques et techniques entravent les actions sur les déterminants sociaux de la santé (DSS), actions à adapter aux besoins et au contexte de chaque pays et à mener de façon *continue* et à *long terme*.

Selon le rapport de la réunion internationale d'Adélaïde (OMS, 2010) et celui de la commission des DSS (OMS, 2011a), l'*équité* en matière de santé et de bien-être doit être considérée comme un *objectif prioritaire* des gouvernements, décideurs et organismes de tous les niveaux (locaux, régionaux, nationaux, internationaux). Il sera plus facile d'atteindre ces objectifs si *tous les secteurs considèrent la santé et le bien-être de tous comme des éléments majeurs dans l'élaboration des politiques*.

4.3 Intégrer la santé dans la politique des états

La Commission des Déterminants Sociaux de la santé de l'OMS, après trois ans de travail, élaborait un rapport final mettant la communauté

1. Voir l'ouvrage de Potvin, Moquet et Jones (2010) présentant divers exemples de politiques publiques (France, Suisse, Canada) visant à agir sur les DSS pour réduire les inégalités de santé et des propositions d'action.

internationale au défi de réduire les inégalités de santé en une génération (OMS, 2008). Elle formulait trois recommandations principales :

1) améliorer les conditions de vie et de travail des populations ;
2) rendre plus équitables la distribution du pouvoir, de l'argent et des ressources au sein des sociétés et entre elles ;
3) identifier et évaluer les problèmes ainsi que l'effet des actions entreprises pour les réduire.

La 62e assemblée mondiale de l'OMS, après avoir pris connaissance de ce rapport, a rédigé une résolution donnant une nouvelle impulsion légitime aux États membres, aux agences des Nations unies et au directeur général de l'OMS pour collaborer et agir (OMS, 2009).

Une réunion internationale sur l'intégration de la santé dans les politiques des États s'est tenue à Adélaïde (OMS, 2010). Cent experts de diverses spécialités et pays ont élaboré un rapport (principes et méthodes contribuant à l'action sur la santé dans tous les secteurs, secteur de la santé et autres) ; il s'adresse aux communautés, employeurs et entreprises qui ont besoin d'actions gouvernementales *concertées* pour agir sur les DSS (en évitant la fragmentation et la redondance des mesures). Y est soulignée l'urgence d'un *nouveau contrat social* entre tous les secteurs pour promouvoir le développement humain, le développement durable et l'amélioration de la santé de tous. Le problème est d'arriver à concilier des intérêts différents (partenariats public-privé, incitations budgétaires, leadership respecté par les différentes parties). Ce rapport se situe dans la lignée des travaux de la commission sur les DSS de l'OMS (2008) et s'est prolongé dans ceux de Rio (OMS, 2011a) et dans les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

La conférence mondiale de l'OMS (2011a), afin d'agir sur les DSS, s'est fixé cinq objectifs prioritaires pour lutter contre les causes des inégalités de santé. L'une d'elles est la *gouvernance*, processus par lequel les sociétés ou les organisations prennent des décisions, déterminent qui sera concerné par ces décisions et par qui la responsabilité des actions sera assumée. Elle suppose une étroite interaction entre les gouvernements et les autres institutions et une communication entre ces organismes et les citoyens. Pour apporter des réponses politiques qui permettront de réduire les inégalités de santé, il est impératif d'établir une gouvernance internationale (et à chaque niveau national) qui clarifie les responsabilités individuelles et collectives des différents acteurs et secteurs (y compris privé) en vue d'établir la santé et le bien-être de tous comme *objectif commun* en lien avec d'autres priorités sociétales.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

On trouvera dans le rapport de la commission sur les DSS de l'OMS (2011a, p. 5) une liste de recommandations s'adressant aux instances gouvernementales de tous les pays afin d'améliorer les conditions de vie quotidiennes des populations, de lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, puis d'évaluer l'efficacité des actions.

4.4 Les systèmes de santé et les soins primaires dans chaque pays[1]

À part les politiques économiques, sociales et environnementales globales orientées vers les DSS, d'autres actions et objectifs pourraient contribuer à améliorer la santé de tous et réduire les inégalités de santé. On peut se demander s'ils sont compatibles et quel peut en être le financement (soins de santé primaires, couverture universelle des soins, etc.).

Les *soins de santé primaires* correspondent au premier contact des individus avec le système national de santé[2]. Ce sont des soins essentiels (curatifs, préventifs et promotionnels) reposant sur des méthodes dont l'efficacité a été scientifiquement établie, acceptables socialement, accessibles à tous, gratuits ou à coût modéré (participation de la communauté). Pour permettre que toutes les populations y aient accès, l'OMS propose de réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour la couverture universelle), d'intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques), d'organiser les services de santé autour des besoins et attentes des populations (réformes de la prestation des services) et de parvenir à la participation, à la collaboration et au dialogue entre tous les acteurs concernés.

Pour parvenir à l'équité des soins de santé primaires, l'une des priorités est d'assurer la *couverture universelle des soins* (CSU). Il s'agit d'assurer l'accès des soins et leur couverture à tous les groupes (largeur), pour tous les soins nécessaires (profondeur), à des coûts abordables, avec des ressources spécifiques pour couvrir les besoins des groupes les moins aisés (hauteur). La CSU n'existe pas toujours, même dans des pays à

1. Secteur de la santé et programmes de santé publique OMS (2011a, p. 24-28). Pour les mises à jour, la série complète des données de santé et les sources, voir *www.who.int/nha/*

2. Soins primaires : soins accessibles à tous, gratuits ou très peu coûteux (ou pris en charge par la communauté ou le pays). Ils font partie des systèmes de santé nationaux. Pour Rasanathan *et al.* (2011), il n'y a pas opposition mais complémentarité entre l'amélioration des soins primaires et les actions sur les DSS : ils ont pour objectif commun l'équité en matière de santé.

haut revenu. Si l'accent n'est pas suffisamment mis sur l'équité et sur la *priori*té envers les plus démunis, la CSU risque en fait de creuser les inégalités. Les études disponibles montrent qu'une CSU serait possible même dans des pays ayant des revenus très différents (Frenz et Vega, 2010 ; Gwatkin, 2011).

Parfois, au lieu de réduire les inégalités, le secteur de santé les aggrave en fournissant un accès plus aisé et une meilleure qualité des soins à des catégories sociales favorisées. Le coût de certains traitements et services médicaux les rend souvent inaccessibles aux plus démunis. Pour que le secteur de la santé contribue à réduire les inégalités de santé au lieu de les aggraver, il est impératif de fournir des services de soins équitables à tous les groupes de la société et pour toutes les fonctions du système de santé (CSU, prestations de services, professionnels de santé, systèmes d'information sanitaire, accès aux médicaments, vaccins, examens et tests médicaux, etc.).

Les services et programmes de santé existants atténuent-ils ou exacerbent-ils les inégalités de santé ? Un modèle adapté de Tanahashi présenté par l'OMS (2011a, figure 5, p. 25) conceptualise les étapes par lesquelles un usager passe depuis la perception initiale d'un problème de santé à sa résolution finale. Les personnes ayant par exemple une tension artérielle élevée doivent : le savoir, rechercher des soins appropriés, les obtenir, recevoir des conseils et/ou traitements, les suivre et en être soulagées. Or il arrive souvent que des usagers soient perdus à chaque étape, ceci concernant surtout les groupes vulnérables (pauvreté, faible niveau d'éducation…). Il faudrait à chaque étape identifier ces groupes, comprendre quels ont été les obstacles (disponibilité des soins, coût, acceptabilité, qualité…) et trouver des solutions pour réduire leurs difficultés d'accès aux soins.

Le financement des systèmes de santé est un problème délicat. Le coût des prestations est souvent dénoncé : il dissuaderait les usagers d'y recourir et les communautés d'en assumer le coût. La CSU implique plus que l'accès de tous à des services de base[1]. Elle doit permettre d'assister des personnes ayant des besoins importants (par exemple, assurer un revenu à des personnes malades qui ne peuvent plus travailler). Les pays

1. Les indicateurs de la couverture par les services de santé permettent de savoir de quels soins bénéficient ceux qui en ont besoin (soins périnataux, vaccination et vitamine A pour les enfants, traitement des maladies de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte). Les indicateurs de couverture sont calculés en divisant le nombre d'individus qui ont bénéficié d'une intervention par l'effectif total de la population qui aurait dû en bénéficier. La couverture vaccinale mondiale des enfants de un an pour le DTP3 en 2010 était de 33 (minimum) à 99 (maximum) avec une moyenne de 77 (Afrique, Asie du Sud-Est) et de 97 (Europe).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

doivent trouver comment financer, eux-mêmes quand c'est possible, leurs services de santé (imposition, régimes d'assurance sociale…). Il y a donc tout un travail éducatif à mener vis-à-vis des communautés et responsables politiques. Même dans des pays où la CSU existe, des inégalité d'accès aux soins subsistent entre sous-groupes socio-économiques, ethniques et géographiques (Lang et Leclerc, 2010).

L'impact des soins primaires. Une étude a été menée sur treize pays (dont la France) par Starfield et Shi (2002) grâce aux données de l'OCDE, pour évaluer l'impact des soins primaires (15 indicateurs) sur la santé des populations (mortalité des adultes et des enfants, poids de naissance, santé auto-évaluée). Les caractéristiques du système de soins primaires affectent certaines issues de santé (mortalité infantile, poids de naissance, santé mentale…), même après contrôle de divers facteurs (revenus, tabagisme). Les pays ayant les meilleurs systèmes de santé primaire ont : une couverture médicale universelle, des soins primaires gratuits (ou très peu coûteux), une distribution plus équitable des revenus, des services médicaux complets (ne nécessitant pas de recours à des spécialistes) et des systèmes de soins orientés vers les familles.

La contribution des soins primaires à la santé des populations a été confirmée dans l'étude menée par Macinko, Starfield, et Shi (2003a) dans dix-huit pays développés. Plus les moyens investis dans le système de soins primaires sont importants, plus bas sont les taux de mortalité (infantile ; adultes, toutes causes et causes spécifiques), ceci même après contrôle du PIBh, du nombre de médecins (pour mille), du pourcentage de personnes âgées, de la consommation d'alcool et de tabac. Une revue de la littérature de Starfield, Shi et Macinko (2005) confirme les effets bénéfiques des soins primaires sur la santé. Ces effets seraient dus à l'accès facilité à des soins, à l'adéquation des soins aux besoins, à l'importance de la prévention, à la prise en charge précoce des problèmes, à l'effet cumulatif des soins prénataux et postnataux pour les mères et les enfants et à la réduction d'un recours inutile à des spécialistes. Lorsque ces soins existent, ils permettent de réduire les inégalités de santé car ils concernent également des groupes et individus en situation d'exclusion et de précarité.

Moquet et Lombrail (2010) rappellent que la France (au quatrième rang sur seize quant à la santé de la population, d'après Starfield et Shi (2002) a mis en place une politique de protection sociale en 1999-2000 : couverture maladie universelle (CMU) et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les personnes en situation de précarité. Divers indicateurs montrent l'évolution favorable de la santé des Français depuis les années 2000. Néanmoins, des écarts

subsistent (et parfois se creusent) entre catégories sociales favorisées et défavorisées, en France et ailleurs (*gradient socio-économique*)[1]. Plusieurs pays ayant développé des stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé ont inscrit dans leurs priorités la mobilisation de leur système de santé grâce à des dispositifs de prévention et de soins primaires.

4.5 Inégalités d'accès aux soins : quelques chiffres

Il existe des inégalités persistantes dans l'accès aux soins entre pays riches et pays pauvres : couverture de santé des mères et des enfants (dont vaccinations) ; accès à des médicaments essentiels ; densité des personnels de santé et des infrastructures ; dépenses de santé par habitant, etc. Les indicateurs de la couverture par les services de santé permettent de savoir si des ressources sanitaires adaptées sont accessibles ou non aux personnes qui en ont besoin. Les pays sont classés en quatre groupes de revenu (voir OMS, 2012a, tableau 4, p. 96-107)[2].

4.5.1 Soins donnés aux mères et aux enfants

L'accès au planning familial et à la contraception diffère beaucoup d'un pays à l'autre, notamment entre pays riches et pauvres (minimum : 8 % des femmes ; maximum : 88 %). La contraception concerne 80 % des hommes et 71 % des femmes dans les pays à revenu moyen supérieur et élevé, mais seulement 52 % et 35 % d'entre elles dans les pays à revenu moyen inférieur et faible. Les mères pendant la grossesse bénéficient de visites anténatales dans 96 % des cas dans les pays les plus riches contre 36 % des cas dans les pays les plus pauvres. Dans les pays ayant un revenu élevé et ceux ayant un moyen supérieur, les naissances sont assistées dans 96 % à 99 % des cas ; dans les pays à revenu moyen inférieur et faible, un personnel qualifié n'est impliqué que dans 58 % à 46 % des naissances.

1. Gradient socio-économique : observation d'une relation stable et robuste entre la position sociale des individus et un indicateur de santé. Par exemple, la fréquence des problèmes de santé (ou l'exposition à des facteurs de risque) augmente régulièrement lorsqu'on passe des catégories les moins favorisées aux catégories les plus favorisées.

2. Les pays sont classés en quatre groupes de revenu national annuel brut par habitant (RNBh) par la méthode Atlas de la Banque mondiale (2012) : faible (≤ 1 005 dollars US) ; moyen inférieur (1 006 à 3 975 dollars US), moyen supérieur (3 976 à 12 275 dollars US), élevé (≥ à 12 276 dollars US). *http://donnees.banquemondiale.org/income-level/OEC http://siteresources.worldbank.org/datastatistics/resources/class.xls*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.5.2 Couverture vaccinale des enfants

Nous avons choisi de rapporter quelques données de l'OMS (2012a) concernant la vaccination des enfants d'un an par le vaccin anti-rougeoleux et le DTP3 (il y a beaucoup d'autres données concernant le traitement des maladies de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte). En ce qui concerne le vaccin anti-rougeoleux (en 2010), 93 % des enfants des pays à haut revenu en bénéficient en moyenne contre 78 % dans les pays à revenu faible. Pour le vaccin DPT3 (2010), on observe la même disparité avec une couverture vaccinale de 96 % (pays riches) et de 79 % (pays pauvres)[1].

4.5.3 Médicaments essentiels

Dans les divers pays du monde certains médicaments essentiels soit ne sont pas disponibles, soit coûtent très cher. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 40 % des médicaments sont disponibles dans le secteur public et 60 % dans le secteur privé[2]. Les médicaments permettant de soigner les maladies chroniques non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, hypertension…) sont difficiles à trouver dans ces pays, surtout dans le secteur public. Ceci contraint les patients soit à y renoncer, soit à les acheter dans le secteur privé (où ils coûtent en moyenne 6 à 7 fois plus cher). Ceci impacte lourdement le budget des personnes malades dans les pays pauvres[3].

4.5.4 Personnels de santé

Nous rapporterons ici les données de l'OMS (2012a) concernant les personnels, les infrastructures et dépenses de santé dans le monde[4]. Le nombre de médecins, d'infirmiers et sages-femmes (pour dix mille habitants) varie énormément selon les pays et leur niveau socio-économique. La moyenne mondiale est de 14,2 médecins (pour dix mille habitants). Les plus fortes densités sont en Europe (33,2) et en Amérique (20), les

1. Les chiffres donnés par l'OMS (2012a) proviennent de registres de l'Unicef et de registres et enquêtes propres à chaque pays, d'où quelques erreurs, incertitudes et incomplétudes.

2. Enquêtes menées entre 2001 et 2008 sur le prix et la disponibilité des médicaments à l'aide des méthodes standard OMS/HAI, *www.haiweb.org/medicineprices/*.

3. L'objectif n° 8 des OMD est de rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables pour les populations des pays en développement, ceci en coopération avec l'industrie pharmaceutique (OMS, 2012b).

4. Ces données sont à considérer avec prudence (sources multiples, erreurs, oublis…). L'OMS transmet chaque année ces estimations aux ministères concernés dans chaque pays pour validation.

plus faibles en Asie du Sud-Est (5,6) et en Afrique (2,2). Les tendances sont les mêmes pour le personnel infirmier, les régions les mieux pourvues étant l'Europe et l'Amérique (65,0 et 72,5), les plus démunies l'Asie du Sud-Est (10,9) et l'Afrique (9,0). Les pays les plus riches ont environ 14 à 15 fois plus de médecins et personnels infirmiers par habitant que les pays les plus pauvres.

4.5.5 Infrastructures

La densité des lits d'hôpitaux peut être utilisée comme un indicateur de la possibilité d'être soigné en cas de problème de santé grave. La densité moyenne mondiale est de trente lits (pour 10 000 habitants) avec de fortes variations entre pays (maximum : 137 ; minimum : 1). La densité n'est que de douze lits dans les pays à faible revenu, contre 39 et 56 dans les pays à revenu moyen et supérieur. Il y a donc moins d'infrastructures pour les habitants des pays à bas revenu. En outre, pour les individus les plus pauvres se pose le problème du coût (les hôpitaux ne relèvent pas tous du secteur public ; les frais d'hospitalisation ne sont pas toujours pris en charge).

4.5.6 Dépenses de santé

Les statistiques de l'OMS (2012a) fournissent des données sur les dépenses de santé (secteur privé, public), leur financement, les régimes de sécurité sociale, notamment à partir des comptes nationaux de la santé[1]. Les dépenses annuelles de santé par habitant (2009) ont été converties en dollars US (et pondérées selon le pouvoir d'achat dans chaque pays). C'est en Europe et aux États-Unis que les budgets de santé sont les plus importants (plus de 1 600 dollars par an, contre 77 dollars et 44 dollars en Afrique et en Asie du Sud-Est). Chaque habitant des pays riches bénéficie de dépenses de santé (2 788 dollars par an) sans commune mesure avec celles des pays à revenu moyen supérieur (309 dollars), moyen inférieur (56 dollars) et faible (23 dollars). Ces différentes formes de pénurie de moyens (faible taux de médecins, personnels infirmiers, lits d'hôpital, dépenses de santé) se cumulent et ne peuvent qu'aggraver la situation sanitaire des populations les plus vulnérables de la planète.

1. Pour obtenir les dernières mises à jour et des données plus complètes, consulter : *http://www.who.int/nha/*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.5.7 Inéquités en matière de santé

Dans le rapport OMS (2012a), figurent des données issues de quatre-vingt-six pays sur six indicateurs : prévalence de la contraception, couverture des visites anténatales (au moins quatre), naissance assistée par des personnels de santé qualifiés, couverture par le vaccin DTP3 chez les enfants d'un an, enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, taux de mortalité chez les moins de 5 ans. Ces indicateurs ont été désagrégés à l'intérieur de chaque pays, selon l'habitat (urbain, rural), le revenu du ménage (quintile supérieur, inférieur), l'éducation des mères (aucune, secondaire ou plus). De faibles revenus et l'absence d'éducation des mères sont des facteurs de vulnérabilité pour les mères et pour les enfants (taux de contraception, de naissances assistées et de couverture vaccinale environ deux fois moindres ; retards de croissance et mortalité des enfants de moins de 5 ans environ deux fois supérieurs).

4.6 Les actions internationales

Les représentants des pays membres de l'OMS ont adopté en 2000 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMS, 2012b). Ils se sont engagés à améliorer la santé des populations du monde à divers niveaux : réduction de la mortalité des enfants et des mères, diminution de la malnutrition, diminution de la mortalité et de la morbidité. Dans la déclaration de Rio de l'OMS (21 octobre 2011) les représentants des pays membres (193 pays) ont exprimé leur détermination à atteindre l'équité en santé en agissant sur ses déterminants sociaux. Ils se sont engagés à promouvoir et à renforcer l'accès universel aux services sociaux et aux socles de protection sociale ; à promouvoir l'accès à des médicaments abordables, sûrs et efficaces[1].

Nous avons passé en revue plus haut certaines actions menées par les organismes internationaux et européens (OMS, ONU, Union Européenne) pour lutter contre les principales causes de mortalité, notamment dans les pays à faible revenu, ainsi que les résultats de ces actions. Nous avons ainsi décrit quelques-uns des moyens utilisés pour améliorer la santé génésique des mères (planning familial, contraception, suivi médical des mères en période périnatale, naissance assistée par du personnel qualifié, visites postnatales…) et celle des enfants de moins de 5 ans (consultations médicales, vaccins, suppléments en vita-

1. *www.who.int/sdhconference/declaration/en*

mines…) et pour lutter contre l'infection par le VIH, la tuberculose, le paludisme, etc.

Nous avons vu également que le fait de boire de l'eau contaminée augmentait le risque de maladies diarrhéiques, dont le choléra, mais aussi de trachomes et d'hépatites. Certaines aides de la communauté internationale ont permis de lutter contre ces facteurs de risque (amélioration des eaux de boisson, assainissement des eaux usées). Les actions menées depuis les années 1990 se sont traduites par des évolutions positives. Environ 89 % de la population mondiale a accès par exemple à une eau sans risque sanitaire (contre 76 % en 1990). Si les objectifs OMD (OMS, 2012b) d'accès à l'eau potable semblent atteints, la situation des pays à faible revenu est encore très mauvaise (65 % seulement de leur population a accès à une eau saine, dont 63 % en Afrique). L'éradication des maladies citées plus haut dans ces pays dans les années qui viennent est donc peu probable.

En ce qui concerne l'assainissement, l'objectif de l'OMD était de diviser par deux – entre 1990 et 2015 – le pourcentage d'individus privés d'installations d'assainissement (51 % de la population mondiale en 1990 ; encore 37 % d'entre eux en 2010). Les progrès réalisés en vingt ans sont donc très lents ; l'objectif ne sera pas atteint, tant à l'échelle mondiale qu'à l'intérieur des régions. N'ont pas d'assainissement des eaux usées 66 % des individus vivant en Afrique et 57 % de ceux vivant en Asie du Sud-Est. Ce sont les pays les plus pauvres qui ont le moins d'installations (37 % en bénéficient contre 100 % des pays les plus riches). En 2010, environ 3 milliards de personnes étaient encore privées d'installations d'assainissement, dont 72 % en zone rurale.

Les organismes internationaux et européens (OMS, ONU, Unicef, Croix-Rouge, Union européenne…) font ce qu'ils peuvent pour lutter contre les inégalités de santé, mais leurs moyens sont limités compte tenu du coût et de l'étendue des mesures à prendre[1]. Malgré des progrès

1. Les actions menées par l'OMS auprès des états-membres sont considérables (partenaires et réseaux, enquêtes et évaluations, recherche, financements, bourses…). La lenteur des progrès est souvent due à des obstacles locaux (par exemple, pour les soins génésiques, les actions peuvent se heurter à : instabilité politique, situations de crise et de guerre, incoordination des efforts, insuffisance des ressources humaines, pénurie de fonds et de produits de base, communautés pauvres, etc. (*http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_26-fr.pdf*) L'Europe assume à elle seule 55 % de l'aide aux pays à faible revenu, soit plus de 50 milliards € par an (soient 100 euros par européen). La France y consacre 0,7 % de son RNB annuel. *http://www.touteleurope.eu/fr/actions/relations-exterieures/aide-au-developpement/presentation/la*. L'INPES donne la liste des organismes luttant contre les inégalités de santé et une bibliographie complète sur ce thème (*www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/bibliographie/organismes-ressources.asp*)

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

indéniables, des inégalités de santé entre pays et à l'intérieur des pays subsistent (mortalité infantile, santé génésique des mères, tuberculose, infection par le VIH ; accès à des soins primaires gratuits, à des médicaments de base, à l'eau, à des infrastructures de soins et à des personnels médicaux, etc.) et la plupart des objectifs du millénaire pour 2015 (OMS, 2012b) ne seront pas atteints. Ces inégalités sont inacceptables, injustes et souvent évitables (OMS, 2011a). Dans les années qui viennent, il faudra redoubler d'efforts et de solidarité pour mener des actions durables et efficaces.

5. La position socio-économique

On croit généralement que l'amélioration de la santé des populations va de pair avec la croissance économique (Easterlin, 1999). Ce serait la *pauvreté* (fait d'avoir des ressources insuffisantes pour se nourrir de façon adéquate et subvenir aux besoins vitaux) qui serait le déterminant majeur de la mortalité prématurée des enfants et adultes et de leur vulnérabilité à diverses maladies (infectieuses en particulier). Elle se traduit en effet par des facteurs de risque qui cumulent souvent leurs effets nocifs (eau insalubre, malnutrition, habitat et travail précaires, faible niveau d'éducation, etc.). En réalité, plus que le revenu en lui-même, nous verrons ci-après que c'est la répartition inéquitable des richesses qui est liée à des inégalités de santé.

Nous avons vu que certains facteurs *structurels* globaux (politiques, économiques, environnementaux) sont des déterminants essentiels des inégalités de santé entre pays (OMS, 2011a, P. 7). Nous avons souligné les différences apparaissant entre pays et à l'intérieur de chaque pays sur divers indicateurs de l'état de santé des populations (espérance de vie, mortalité infantile, morbidité), entre groupes favorisés et défavorisés. On a supposé que les inégalités de santé reproduisaient dans le domaine sanitaire les inégalités socio-économiques (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 30). On considère le *niveau socio-économique* (NSE) des groupes et des individus comme un déterminant intermédiaire possible des inégalités de santé (voir figure 2.1 p. 87).

5.1 Le statut socio-économique

Le *statut socio-économique* (SSE) est traditionnellement évalué à partir de trois indicateurs : le *revenu*, le *niveau d'éducation* et le *statut professionnel* (Adler et Newman, 2002). Ces composantes (bien qu'associées) ne se chevauchent pas et chacune a des relations relativement spécifiques avec les issues de santé (relations qui peuvent varier en fonction de diverses caractéristiques comme l'âge, le genre, l'ethnie, etc.). Parmi ces indicateurs, c'est le revenu (individuel) qui semble être associé le plus fortement à la mortalité (Duncan, Daly, McDonough et Williams, 2002).

De multiples indices ont été utilisés pour estimer le niveau socio-économique des pays et des individus. Les plus utilisés ont été le PIB, le PNB, puis le RNBh (revenu national brut par habitant)[1]. C'est en fonction de leur RNBh que les pays sont classés en groupes de revenu par la Banque mondiale et par l'OMS. Le RNBh est calculé par la méthode Atlas de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2012), qui consiste à convertir le revenu annuel moyen dans un pays en dollars américains, tout en le corrigeant (selon l'inflation, le taux de change). La Banque mondiale distinguait pour 2010 quatre groupes de pays : revenu faible, revenu moyen inférieur, revenu moyen supérieur et revenu élevé[2].

Dans le monde, 1,4 milliard de personnes vivent sous le seuil d'extrême pauvreté (1,25 dollar par jour et par habitant). Ce nombre serait en légère diminution depuis 2008. Mais ce seuil est parfois contesté, parce que trop bas, vu la crise mondiale et la flambée des prix du pétrole et des denrées alimentaires. Si on prend un seuil de 2 dollars, il y a en fait 2,5 milliards de pauvres soit 43 % de la population mondiale[3].

L'OCDE (2008) rapporte que les deux dernières décennies correspondent à la fois à une augmentation des inégalités de revenu et à une augmentation du nombre de pauvres, ceci pour environ deux tiers des pays de l'OCDE (ici les pauvres sont ceux qui ont un revenu inférieur ou égal à 50 % du revenu médian d'une population). Les inégalités de

1. Le revenu national brut (RNB) est très proche du PNB qu'il remplace depuis 1993. Il inclut les revenus des investissements faits par les habitants d'un pays dans un autre pays (alors que le PIB n'incluait que les revenus d'investissements faits dans le pays). Le RNBh en France en 2012 était estimé à 36 000 dollars. Pour le RNBh, voir *http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.ATLS.CD*

2. Voir la note 2, p. 109. On trouvera la liste des pays appartenant à chaque groupe dans OMS (2012a, p. 175).

3. Voir Observatoire des inégalités : www.inegalites.fr/spip.php?article381

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

revenu sont également estimées par l'indice de Gini (voir *infra*, § 5.3.1)[1]. Depuis vingt ans, dans les pays de l'OCDE, l'indice de Gini a augmenté de 0,02 points en moyenne et le taux de pauvres de 1,5 point. Les inégalités de revenu se sont surtout creusées au Canada, en Allemagne, en Norvège, aux États-Unis, en Italie et en Finlande. Dans ces pays, les plus riches ont vu leur situation financière s'améliorer beaucoup, ce qui n'a pas été le cas des plus démunis. La pauvreté a augmenté surtout chez les jeunes adultes et les mères célibataires.

En France, une étude de l'INSEE (Le Cœur, *Le Monde*, 31 août 2011) rapportait que le nombre de pauvres (revenu mensuel 2009 ≤ 954 €) était passé entre 2006 et 2009 de 7,82 à 8,17 millions. Un rapport récent de l'INSEE (2012) révèle qu'il y a aujourd'hui en France 8,6 millions de pauvres (revenu mensuel 2010 ≤ 964 €). Cette augmentation de la pauvreté en France constitue un véritable « tournant historique » selon Louis Maurin, directeur de l'INSEE, (même numéro). D'après l'Observatoire des inégalités (2012), le revenu annuel moyen des 10 % les plus modestes, s'est accru entre 2000 et 2010 de 5,3 % (+ 400 euros), celui des 10 % les plus aisés, de 18,9 % (+ 8 950 euros)[2]. L'augmentation des inégalités socio-économiques en France vient surtout du fait que les revenus des plus riches se sont envolés.

Pour l'Union Européenne, les pauvres sont des personnes aux ressources matérielles, culturelles et sociales si faibles qu'ils ne peuvent accéder à un mode de vie minimal acceptable. La pauvreté est associée à beaucoup d'autres facteurs qui rendent les conditions de vie difficiles et qui exercent conjointement leurs effets délétères sur la santé. Le seuil de pauvreté monétaire retenu dans les enquêtes est souvent en décalage avec la pauvreté « perçue » qui prend en compte plus largement les conditions de vie et difficultés rencontrées (stress chronique élevé, absence de contrôle de sa vie) et divers processus cognitifs comme la comparaison sociale (avec les couches favorisées). Des indicateurs du niveau socio-économique comme le revenu (individuel ou national), souvent utilisés car aisément disponibles (enquêtes, registres), ne donnent qu'une idée très simplifiée de la réalité.

1. L'indice de Gini est une mesure de l'inégalité de la distribution des revenus dans une société donnée qui varie de 0 (équité parfaite) à 1 (inéquité totale). *www.statistiques-mondiales.com/gini.htm*

2. *www.inegalites.fr/spip.php?article632*

5.2 Statut socio-économique et santé

On a longtemps tenté de contrôler l'effet du statut socio-économique (facteur de confusion supposé) dans les recherches visant à prédire des issues de santé. On s'aperçut dans les années 1980 qu'il avait à lui seul des associations plus importantes avec la santé que toutes celles étudiées jusqu'alors (Braveman *et al.*, 2005). Le *Black Report* (Royaume-Uni), rédigé en 1980 à partir des résultats d'un suivi de cohortes d'individus appartenant à différentes catégories sociales, fut l'un des premiers à révéler que la position socio-économique d'un individu est étroitement associée à son état de santé : ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale sont en meilleure santé que ceux qui sont en dessous, et ainsi de suite. C'est le fameux *gradient social* de santé. Le rapport Black montra qu'après la mise en place d'un régime d'assurance universelle, l'espérance de vie et la morbidité de la population avaient évolué favorablement *en moyenne*, mais que les différences entre catégories sociales (travailleurs manuels/cadres supérieurs) s'étaient maintenues.

Depuis les années 1980, les études recherchant les associations entre diverses mesures de la position sociale et diverses issues de santé se sont multipliées. Le problème des déterminants socio-économiques de la santé a suscité un intérêt croissant et il y a plusieurs centaines de publications scientifiques s'y consacrant (études empiriques, synthèses)[1]. Un gradient social de santé (entre pays et à l'intérieur d'un même pays) est généralement rapporté dans ces synthèses[2]. On rechercha tout d'abord des relations entre le statut socio-économique (évalué globalement) et des issues de santé (mortalité et plus rarement santé auto-évaluée). Puis, les problématiques s'affinèrent au fil des années, autant en ce qui concerne le statut socio-économique (concept multidimensionnel, qui englobe revenu, niveau d'éducation, statut professionnel) que les issues de santé (espérance de vie, taux de mortalité et morbidité, puis santé auto-évaluée, bonheur, satisfaction de la vie et bien-être). De même, les unités d'observation furent souvent dans un premier temps, des catégories (régions, pays, sous-groupes de population), puis, dans un deuxième temps, les individus eux-mêmes (comparaisons intra-pays notamment). D'où des résultats sensiblement différents d'une étude à l'autre.

1. Environ 400 depuis 1990 d'après Macinko, Shi, Starfiel, Wulu (2003b). Un numéro spécial du *New York Academy of Sciences* (1999) y est entièrement consacré (Adler et Stewart, 1999).

2. Pour une définition du gradient socio-économique de santé, voir note 1, p. 109. Les problèmes de santé augmentent des catégories les moins favorisées vers les plus favorisées (Potvin *et al.*, 2010, p. 30).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

5.2.1 Revenu et santé

De très nombreuses études et synthèses ont été consacrées aux relations entre le statut socio-économique et diverses issues de santé, comme la morbidité, la mortalité, la santé auto-évaluée, le bien-être (Braveman *et al.*, 2005 ; Macinko *et al.*, 2003b ; Marmot, 2002a ; Subramanian *et al.*, 2004)[1]. La relation entre les prédicteurs socio-économiques et les issues de santé a été calculée soit sur des groupes d'individus, des pays en général (par exemple, la relation entre le produit intérieur brut et la santé des populations), soit sur des individus d'un même pays (par exemple, la relation entre le statut socio-économique et la santé). Le revenu est la variable socio-économique la plus utilisée. Il peut affecter la santé directement (il permet de bénéficier ou non de conditions optimales pour survivre). Son effet peut être indirect : il affecte alors des facteurs qui, à leur tour, ont un impact sur la santé (stress chronique, précarité, etc.).

Relation entre revenu et espérance de vie entre pays. Depuis les années 1990, on dispose de données de la Banque Mondiale concernant l'espérance de vie des populations et leur PIBh (ou, plus récemment, le RNBh). Si l'on compare les pays (données agrégées), une augmentation du revenu moyen correspond à une meilleure espérance de vie moyenne. Mais, à mesure que le revenu croît, le gain d'espérance de vie est moindre pour devenir faible pour les pays à revenu élevé. La relation entre revenu et espérance de vie est globalement modeste. Elle n'est forte que si l'on considère les pays les plus pauvres. La courbe obtenue pour l'ensemble des pays (courbe de Preston) est curvilinéaire. Celle qui a été obtenue pour 161 pays, d'après les données 2002 de la Banque Mondiale figure dans Lynch *et al.* (2004, p. 11) et dans Deaton (2003, p. 116).

Revenu et santé auto-évaluée. L'étude de Kunst *et al.* (2005) par exemple utilise les données d'enquêtes représentatives nationales menées à partir d'interviews dans dix pays européens (réalisées deux fois entre 1985 et 1999). Les prédicteurs sont le revenu et le niveau d'éducation et le critère est la santé auto-évaluée (échelle de Likert en 5 degrés). Les différences observées vont dans le sens attendu (*i. e.* meilleure santé auto-évaluée dans les catégories à haut revenu). À part dans les pays

1. Michael Marmot, directeur de l'International Institute for Society and Health est professeur d'épidémiologie et de santé publique (University College, Londres). Il a conduit les travaux d'un groupe sur les inégalités de santé dans les trente dernières années, recherchant les causes du gradient social pour la morbidité et la mortalité. Il est engagé dans plusieurs recherches internationales menées sur les déterminants sociaux de la santé. Ses travaux ont reçu de nombreuses distinctions. Il a été, entre autres responsabilités, président de la commission sur les déterminants de la santé de l'OMS (CSDH) de 2005 à 2008.

nordiques, les écarts se sont accrus dans le temps (par exemple en Italie et en Espagne). Ceci rejoint les résultats d'enquêtes antérieures menées sur les taux de mortalité et de morbidité en Europe.

Revenu et satisfaction de la vie. L'issue de santé à prédire est parfois la qualité de vie, le bien-être ou la satisfaction de la vie (plus difficilement accessibles que les taux de mortalité et de morbidité). Dans une étude réalisée à partir des données 2003 du Gallup World Poll concernant cent trente-deux pays, la relation entre le PIBh annuel dans chaque pays (en dollars US, pondéré selon le pouvoir d'achat) et la satisfaction de la vie moyenne est positive (mais curvilinéaire). Les pays où l'on est le moins satisfait sont les pays d'Afrique subsaharienne, Haïti, le Cambodge, les pays de l'ex-Europe de l'Est ; c'est dans les pays du Nord de l'Europe qu'on est le plus satisfait. La progression de la satisfaction se ralentit à mesure que les pays sont plus riches (Deaton, 2008, p. 56).

Revenu et espérance de vie à l'intérieur des pays. Si l'on classe les individus d'un même pays selon leur revenu, les taux de mortalité sont plus élevés dans les groupes à bas revenu, même ajustés en fonction de l'âge, du genre ou du niveau d'éducation (Marmot, 2002a, p. 9). Une surmortalité apparaît dans les groupes à faible revenu dans plusieurs pays, dont les États-Unis. Dans une étude rapportée par Deaton (2003) impliquant le suivi (1980-1990) d'une cohorte de 1,3 million d'Américains (de 15 à 85 ans), une relation négative est observée entre le revenu (initial) et la probabilité de décès au cours du suivi. Cette relation est forte pour les faibles revenus, puis s'atténue et devient quasi nulle pour les revenus élevés. En résumé, une relation entre revenu et santé (ou espérance de vie) apparaît dans les études où les unités d'observation sont les individus d'un même pays, mais cette relation n'est forte que jusqu'à un certain seuil de revenu et s'affaiblit au-delà.

Si l'on compare les sociétés riches entre elles, avec des données agrégées par pays, on note qu'à partir d'un certain niveau économique, la relation entre revenu moyen et espérance de vie moyenne est faible. Selon la théorie de la *transition épidémiologique* d'Omran (2005), lorsqu'un pays atteint un certain niveau de développement, les causes de mortalité « basculent » des maladies infectieuses vers les maladies chroniques, ces dernières concernant des sujets plus âgés que lorsque ce pays était en deçà de ce niveau.

5.2.2 Niveau d'éducation et santé

Cutler et Lleras-Muney (2006), utilisant les données du NHIS (*National Health Interview Survey*, Cambridge), observent des relations entre niveau

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'éducation et issues de santé chez les Américains, relations stables d'un groupe à l'autre (genre, groupe ethnique). À partir des données (1960-1985) collectées dans cent trente-huit pays, ces auteurs rapportent la relation positive du niveau d'éducation avec l'espérance de vie à la naissance. Le niveau d'éducation serait associé à davantage de ressources (revenu, statut professionnel) et à des connaissances et capacités qui amènent à des prises de décision plus pertinentes face aux problèmes de santé.

Dans l'étude de Mackenbach *et al.* (2008) déjà citée et qui a concerné vingt-deux pays européens (données de 2003), le taux de mortalité (toutes causes) est plus élevé chez les individus les moins instruits. Les auteurs supposent qu'à des différences de niveau d'éducation correspondent des différences comportementales (tabagisme, consommation d'alcool, accès aux soins…). L'amplitude des différences d'espérance de vie entre individus instruits et peu instruits varie beaucoup d'un pays à l'autre. Elle est relativement faible dans les pays d'Europe du Sud et relativement forte dans les Pays baltes (Lituanie) et pays d'Europe de l'Est (Tchéquie).

Kunst *et al.* (2005) ont comparé les moyennes de santé auto-évaluée (santé auto-évaluée en 1980 et en 1990) des habitants de dix pays d'Europe, classés en catégories selon leur niveau d'éducation (élémentaire, secondaire, supérieur). La santé auto-évaluée est meilleure chez les individus les plus instruits que chez les moins instruits, cet écart persistant dans le temps (il s'accroît dans certains pays, par exemple en Espagne et en Italie et décroît dans certains autres par exemple en Norvège et au Danemark).

Lang et Leclerc (2010, p. 63-66) ont observé que le taux de mortalité en France est lié au niveau d'études. Il y a une nette surmortalité (taux multiplié par 2,5) chez les individus sans aucun diplôme (hommes et femmes de 35 à 64 ans). Le niveau d'éducation affecterait différents facteurs de risque et de protection (prévention, accès aux soins, ressources, conditions de vie, conditions de travail…). Les inégalités socio-économiques (revenu, niveau d'études, statut professionnel) ont des conséquences sur la santé dès l'enfance et elles affectent souvent plusieurs générations. Elles se traduisent par une forte surmortalité chez les travailleurs à faible statut (et surtout chez les sans-emploi). Ce qui est inquiétant, c'est que le gradient de santé entre catégories extrêmes ne se réduit pas et tend même à se creuser depuis les années 1980[1].

1. L'indice standardisé de mortalité (ISM), rapport entre nombre de décès dans un sous-groupe pendant une période et nombre de décès dans la population parente pendant cette période, indique que les inégalités sociales en France se sont accentuées depuis les années 1980. L'ISM des ouvriers est de 1,2 contre 0,6 pour les cadres (M) et de 1,1 contre 0,7 pour les cadres (F).

5.2.3 Statut professionnel et santé

D'autres indicateurs du niveau socio-économique, comme le niveau d'éducation et le statut professionnel auraient également des effets protecteurs sur la santé, assez similaires à ceux du revenu, quoique distincts (Deaton, 2003). L'étude longitudinale Whitehall-I a été menée en Angleterre sur plus de dix-huit mille fonctionnaires adultes de quatre niveaux hiérarchiques suivis pendant vingt-sept ans à partir de 1967. Elle a montré que les taux de mortalité (toutes causes confondues et mortalité cardio-vasculaire) s'élèvent lorsque le statut professionnel diminue. Les différences initiales entre catégories (taux et causes de mortalité) se maintiennent dans le temps (Van Rossum *et al.*, 2000). Les mêmes tendances ont été observées dans la population générale et dans plusieurs pays (Marmot, 2002a)[1].

En France, des différences d'espérance de vie ont été plusieurs fois observées entre catégories de statut professionnel différent : cadres, employés, ouvriers et inactifs sans emploi (Blanpain, 2011)[2]. Depuis la fin des années 1980, l'espérance de vie des hommes a augmenté en moyenne de cinq ans et celle des femmes de 4,4 ans, ce progrès ayant surtout profité aux catégories favorisées. Les écarts d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers sont plus importants chez les hommes (6,3 ans) que chez les femmes (3 ans) (voir figure 2.2). On trouvera dans Cambois, Barnay et Robine (2010) des données détaillées sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé des Français à l'âge de 50 ans. Les écarts entre catégories extrêmes sont importants pour l'espérance de vie (cinq et douze années de moins chez les ouvriers et inactifs que chez les cadres masculins) et pour l'espérance de vie en bonne santé (neuf et seize années de moins d'espérance de vie en bonne santé)[3].

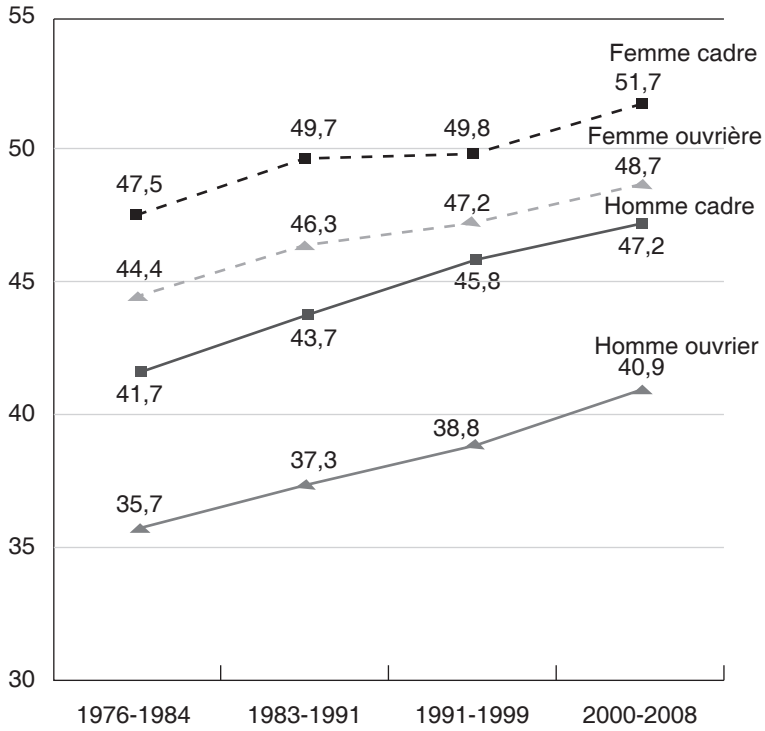
Marmot (2002a, p. 38, figure 2) observe que plus le revenu est élevé, plus les individus se déclarent en bonne santé et moins ils rapportent

1. Braveman (2005, p. 8) considère que les catégories professionnelles utilisées aux États-Unis sont difficilement utilisables (nous pensons la même chose des nôtres). En effet, ce sont des catégories typologiques impossibles à ordonner, chacune correspondant à un regroupement de caractéristiques particulières. Dans certaines classifications utilisées au RU (Rose et Pevalin, 2003), les catégories professionnelles sont ordonnées selon le statut (dirigeants et cadres supérieurs ; cadres moyens ; employés, commerçants et artisans ; ouvriers, techniciens ; emplois routiniers non qualifiés), ce qui est préférable. Reste la catégorie des sans-emploi (longue durée) difficile à classer car elle implique autre chose que le seul statut.

2. Parmi les facteurs associés à une plus longue EV en bonne santé on retrouve le taux d'emploi. Le fait d'être sans emploi a semble-t-il des effets plus délétères encore que celui d'effectuer un travail à bas statut (Cambois *et al.*, 2010).

3. Chez les inactifs masculins sans emploi surtout, les faibles EV et EVBS sont en partie dues à des effets inversés (effet des problèmes de santé sur le statut professionnel).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.



Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.
Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Figure 2.2 – *Espérance de vie à 35 ans, par sexe, pour les cadres et les ouvriers (Blanpain, 2011, p. 1)*

des troubles dépressifs. Mais le revenu n'est que l'une des composantes du statut socio-économique[1]. La relation entre revenu et mortalité (données individuelles) s'affaiblit si on contrôle le niveau d'éducation des personnes. Or le niveau d'éducation est un marqueur de la position sociale (sans doute plus valorisé que le revenu, au moins dans certains pays d'Europe). Dans l'étude Whitehall-II (suivi de 10 308 employés anglais âgés de 35 à 55 ans depuis 1984), les effets respectifs du revenu, du niveau d'éducation et du statut professionnel vis-à-vis de la santé ont été évalués. C'est le statut professionnel qui s'avère le meilleur prédicteur de la santé (Marmot, 2002a, p. 41-42).

1. Les trois composantes du statut SE sont associées (rhô de Spearman de .37 à .67) mais distinctes (Braveman *et al.*, 2005).

5.2.4 Statut socio-économique et bonheur

Les issues de santé utilisées dans les recherches rapportées dans le paragraphe ci-dessus sont surtout l'espérance de vie et la santé auto-évaluée, ce qui est réducteur, si l'on considère le contenu des conceptions et définitions de la santé (voir *supra*, chap. 1). Les études consacrées aux effets du statut socio-économique sur la santé au sens large (bonheur, bien-être, satisfaction et qualité de la vie) sont encore rares (ces données étant difficiles à collecter dans les vastes enquêtes). La relation entre niveau de vie et bonheur est devenue un thème de recherche émergent, notamment en économie.

Easterlin (1974, 1999, 2005) a observé que dans un même pays et à un moment donné, les plus riches sont en moyenne plus heureux que les moins riches. Si l'on évalue la richesse (RNBh) et le bonheur (valeur moyenne) dans différents pays, ils ne sont que faiblement corrélés (+ .15 à + .30) selon Kahneman, Krueger et Schkade (2006). D'autres auteurs ont observé des relations positives mais modestes entre revenu moyen et bien-être moyen estimés dans différents pays : Dolan, Peasgood et White (2008) ; Hagerty et Veenhoven (2003) ; Senik (2009)[1]. De plus, au sein d'un même pays, l'accroissement des revenus d'une population sur plusieurs décades ne s'est pas traduit par une amélioration du bien-être (Japon, États-Unis). Une augmentation du revenu n'induirait donc pas davantage de bonheur : c'est le *paradoxe d'Easterlin*.

On a tenté d'expliquer ce paradoxe par un effet du revenu relatif supérieur à celui du revenu absolu. Des processus cognitifs seraient impliqués comme la *comparaison sociale* (si mon revenu augmente, mais que celui d'autrui augmente aussi, ma situation relative n'a pas changé) ou l'*adaptation* (mes revenus ont augmenté, mais après une période de satisfaction, je m'y suis habitué). De plus, diverses caractéristiques dispositionnelles (comme l'optimisme), affecteraient l'auto-évaluation de la satisfaction, modérant la relation entre revenu et bien-être (Dolan *et al*. 2008).

Pendant quarante ans environ, on a donc considéré que le niveau socio-économique n'avait qu'un impact très limité sur le bien-être et

1. Dans plusieurs pays, les populations sont en bonne santé relative malgré un revenu moyen très bas. Les États-Unis, le pays le plus riche du monde (PIB de15.000 milliards de dollars), n'arrive qu'à la 35e place quant à l'EV moyenne (78,3 ans). Le statut SE (ou ses composantes) à lui seul n'explique pas les différences de morbidité et de mortalité observées entre pays ou entre couches sociales d'un même pays. Si l'on considère l'ensemble des pays (ou les habitants des pays riches), la corrélation entre le revenu et l'EV, positive, mais modeste, devient quasiment nulle à partir d'un certain seuil (Lynch *et al*., 2004).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

le bonheur. Cependant, des résultats nouveaux ont relancé le débat. Sacks, Stevenson et Wolfers (2012) ont relevé dans les études antérieures d'importantes lacunes : échelles de bien-être variables (d'un pays à l'autre), données agrégées par pays, échantillon insuffisant de pays. À partir des données du Gallup World Poll (données multi-niveaux disponibles depuis 2005 pour 122 pays), ils ont analysé les relations entre revenu et satisfaction de la vie. La corrélation entre revenu et bien-être subjectif (notes brutes) est forte (+ 0,74), mais elle est moins marquée si les notes de bien-être sont standardisées (+ 0,34)[1] (voir figure 2.3). Les auteurs obtiennent des résultats similaires entre pays et intra-pays, ainsi que lors de suivis de cohortes. Enfin, ils n'observent pas de seuil au-delà duquel le revenu et le bien-être ne seraient plus corrélés.

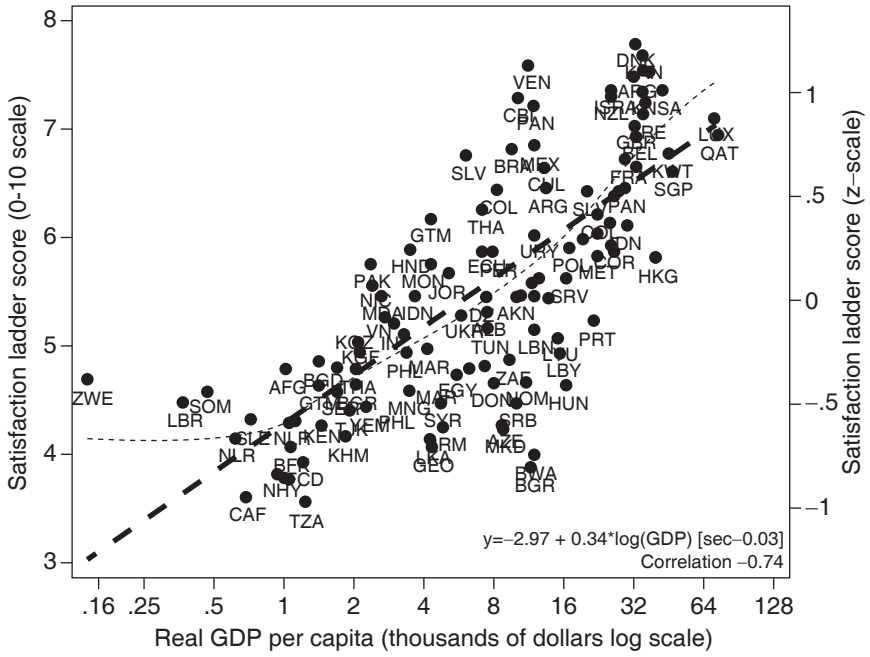


Figure 2.3 – *Relation entre RIBh (en dollars, pondéré) et satisfaction de la vie (notes brutes à gauche ; notes standardisées à droite, seules utilisées ici) dans 122 pays (données du Gallup World Poll, 2010) (in Sacks, Stevenson et Wolfers, (2012, p. 1182))*

1. Dans la figure 2. 3, le revenu est exprimé en logarithme du RIBh. La satisfaction est évaluée par les sujets de 0 (ma vie est la pire possible) à 10 (ma vie est la meilleure possible) par tous les sujets de l'enquête. Des corrélations de l'ordre de + .30 pour certains, c'est très modeste pour d'autres, c'est beaucoup !

5.2.5 Les effets du statut socio-économique sur la santé : discussion

Les recherches menées sur les relations entre le niveau socio-économique et diverses issues de santé ont donné des résultats sensiblement hétérogènes et ont donc suscité des interprétations contradictoires. Une absence de relation serait due à certains processus cognitifs impliqués dans l'auto-évaluation du bien-être (comparaison sociale, adaptation). Une relation positive très marquée suggérerait qu'avec une augmentation des revenus, on peut satisfaire davantage de besoins et faire plus de projets (processus de consommation ; processus d'anticipation). Il semble nécessaire de mener des études de meilleure qualité sur un échantillon suffisant de pays et d'éviter de fonder ses conclusions sur des données agrégées pouvant masquer des différences intéressantes entre individus et sous-groupes. Les résultats de Sacks *et al.* (2012), par exemple, devront être contre-validés.

Deaton (2003, p. 152) suggère que c'est tout ce qui est associé au revenu (éducation, richesse, statut social relatif) qui joue un rôle protecteur ou fragilisant. À l'intérieur d'un même pays, nous avions vu qu'il y avait d'importantes différences d'espérance de vie (jusqu'à vingt ans) entre professions extrêmes. Pour Marmot (2002a), un faible statut socio-économique est souvent associé à des facteurs objectifs de risque (carences diverses, hygiène, eau, alimentation et habitat malsains, non-accès à des soins médicaux), surtout pour ceux qui se situent en deçà du seuil de pauvreté (et dans les pays où l'accès aux soins n'est pas gratuit). Un faible niveau socio-économique signalerait la position inférieure d'un individu dans la hiérarchie sociale et serait associé à certains déficits (relations de travail, amis, pouvoir, *capital social*). Un statut social inférieur est associé à plus de stress et à un moindre contrôle perçu. Les études menées sur les sociétés animales et humaines ont montré que les individus ayant un statut social inférieur sont en moins bonne santé (Kraus, Piff et Keltner, 2009).

5.3 Inégalités socio-économiques et santé

L'éditorial du *British Medical Journal* (Editor's Choice, 1996), s'appuyant sur quelques résultats antérieurs, a émis une « grande idée » : *ce qui détermine la mortalité et la santé dans une société donnée n'est pas tant la richesse en elle-même que le fait que cette richesse soit distribuée de façon inéquitable.* Depuis, cette idée a donné lieu à plusieurs centaines d'études. L'hypothèse était féconde : des inégalités socio-économiques importantes entre les membres d'un même groupe social sont en fait nocives non

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

seulement pour les plus démunis, mais aussi pour tous (Kondo *et al.*, 2009 ; Lynch *et al.*, 2004 ; Macinko *et al.*, 2003b ; Marmot, 2005a).

Les inégalités entre individus d'un même pays sont associées à une plus faible espérance de vie, à des taux de mortalité infantile plus élevés, à une santé auto-évaluée inférieure, à un plus faible poids de naissance, à des taux supérieurs d'infection par le VIH, de dépression et de pathologies mentales (Pickett et Wilkinson, 2009). Dans les sociétés les plus inégalitaires il y aurait davantage de problèmes sociaux (violence, rackett, incarcérations, etc.) et un niveau moindre de mobilité et de cohésion sociales. Pourtant, les résultats accumulés ne sont pas aussi simples à interpréter ni aussi cohérents qu'on le supposait.

5.3.1 La mesure des inégalités socio-économiques

Les moyennes (comme le PIBh ou le RNBh) masquant de fortes disparités interindividuelles, on s'est intéressé à la distribution des revenus dans un même pays et à la place des individus dans cette distribution[1]. Des seuils de pauvreté ont été ainsi fixés en valeur relative (en Europe, c'est souvent 60 % du revenu médian d'une population). L'un des indicateurs calculés par l'institut britannique de statistiques Equality Trust à partir de données internationales (Nations unies, Banque mondiale…) consiste à diviser le revenu moyen des deux déciles supérieurs par le revenu moyen des deux déciles inférieurs d'une population[2]. Ce rapport atteint 3 à 4 (au Japon, en Europe du Nord), 5,6 en France, en Espagne ou au Canada, mais il atteint ou dépasse parfois 7 (Australie, Royaume-Uni) et même 8 (Portugal, États-Unis, Singapour).

Une autre mesure très utilisée est le coefficient Gini (voir note 1, p. 116). Il permet d'estimer l'inégalité de la distribution des revenus dans une société. Il varie de 0 (équité parfaite : tout le monde a le même revenu) à 1 (inéquité maximale : une seule personne a tout le revenu). Les plus égalitaires des pays ont un indice Gini d'environ 0,25 (Danemark, Suède, Japon, Islande). C'est à partir d'un coefficient de 0,30 et plus qu'on estime que les sociétés sont inéquitables (Subramanian et Kawachi, 2004). Les pays les plus inégalitaires ont des coefficients de 0,40 à 0,50 (Chine, États-Unis) voire même de 0,50 ou plus (pays de l'Amérique du Sud et d'Afrique sub-saharienne surtout). Plusieurs pays de l'OCDE, dont la France, ont un coefficient Gini en augmentation

1. Les individus sont situés dans des catégories de revenus, par rapport à la médiane ou dans des déciles, quartiles, quantiles, etc.

2. *www.equalitytrust.org.uk/why/evidence/methods#measured*

depuis 20 ans[1]. Cet indice a été utilisé pour étudier les relations entre inégalités socio-économiques et santé des populations (Kondo *et al.*, 2009).

5.3.2 Inégalité des revenus et inégalités de santé

Une distribution inéquitable des ressources affecterait davantage la santé des populations que les dépenses de santé. Ceci est assez bien illustré par les États-Unis, pays le plus riche du monde, qui est aussi celui qui consacrait (en 2009) la plus forte proportion de son PIB aux dépenses de santé (16 %, contre 11 % pour la France). Son espérance de vie moyenne (78,3 ans) ne venait pourtant qu'au 37e rang[2]. Parmi les raisons pouvant expliquer ce paradoxe, il y a le fait que le budget et les politiques de santé dans ce pays ne profitent pas forcément à toutes les catégories sociales et notamment aux plus défavorisées, car les inégalités socio-économiques y sont fortes (coefficient Gini de 0,408).

Macinko, Shi, Starfield et Wulu (2003b) synthétisent les résultats de cinquante études (empiriques et théoriques) concernant les relations entre inégalités de revenu et santé. Trente-trois études aboutissent à une relation significative entre inégalité des revenus et issues de santé (études menées aux États-Unis, avec un revenu moyen calculé par état et la santé auto-évaluée comme issue ; études internationales utilisant la mortalité infantile comme critère). Cependant, douze études n'observent pas de relation significative. Les auteurs ne peuvent conclure à l'existence d'une relation entre inégalités de revenu et santé, vu la qualité discutable des études réalisées et leur hétérogénéité (modèles, mesure des inégalités de revenu, populations, durées, issues de santé). Des études ultérieures devront être menées sur des échantillons suffisants, inclure des prédicteurs et issues comparables d'une étude à l'autre et se référer à des modèles plus explicites quant aux déterminants de la santé[3].

Lynch, Smith, Harper, Hillemeier, Ross, Kaplan et Wolfson (2004) ont synthétisé les résultats de quatre-vingt-dix-huit études menées sur les relations entre inégalité des revenus et santé. L'inéquité socio-économique n'apparaît pas en général comme un déterminant majeur des issues de santé (espérance de vie, santé auto-évaluée) dans les pays

1. Morrisson et Murtin (2011). La France a un Gini de 0,327. *www.statistiques-mondiales.com/gini.htm*

2. Il faut considérer ces données avec prudence (sources différentes).

3. Les auteurs des études examinées ne pensent pas que l'inégalité des revenus ait des effets directs sur la santé mais plutôt des effets indirects (facteurs d'ordre psychologique, social, politique, environnemental ou économique, restant à découvrir).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

riches, sauf sur quelques critères spécifiques (mortalité infantile, taux d'homicides). Dans et entre les pays les plus riches, les effets observés sont faibles ou inconsistants (Suède, Australie, Belgique, Canada, Danemark, Japon, Espagne, Nouvelle-Zélande). Au Royaume-Uni, on observe un effet significatif des inégalités socio-économiques sur la santé (ce qui est cohérent avec les études Whitehall), ainsi que dans quelques autres pays (Chili, Russie, États-Unis)[1].

Kondo *et al.* (2009) ont réalisé une méta-analyse à partir des résultats de vingt-huit études (dix-neuf transversales et neuf longitudinales), concernant 59,5 millions d'individus, études postérieures à 1990 ayant la mortalité comme critère, sélectionnées sur des critères de qualité (données multi-niveaux)[2]. Elle a montré que les personnes vivant dans des pays inégalitaires ont un risque accru de mortalité prématurée, ceci *même après contrôle de leur revenu individuel, leur âge et leur genre*. Il y a dans les trente pays les plus industrialisés du monde environ 1,5 million de décès par an dus aux inégalités des revenus. L'inégalité socio-économique devient mortifère lorsque l'indice de Gini dépasse 0,30 (chaque augmentation de 0,05 de cet indice correspond à un risque accru de mortalité de 8 %)[3]. Des résultats similaires se dégagent de la méta-analyse des études transversales dont le critère est la santé auto-évaluée. Les auteurs considèrent ces résultats avec circonspection (études trop hétérogènes, rareté des données sur les pays à faible revenu).

Le fait que les inégalités socio-économiques se creusent est relativement récent (les écarts entre riches et pauvres dans les pays de l'OCDE ont augmenté depuis les années 1990). L'hypothèse *contextuelle* (ce sont les inéquités socio-économiques dans une société qui dégradent la santé de tous ses membres) a suscité un regain d'intérêt et des débats très vifs. Pickett et Wilkinson (2009) et d'autres auteurs estiment que les résultats des méta-analyses menées par Kondo *et al.* (2009) permettront de progresser dans la compréhension des déterminants sociaux de la santé. À l'heure actuelle, beaucoup de questions restent posées sur les chemins par lesquels les inégalités socio-économiques affectent la santé.

---

1. Les inégalités SE aux États-Unis seraient associées à des facteurs économiques, médicaux, géographiques et culturels spécifiques (différences de couverture sociale et de santé, niveau d'éducation, dépenses médicales et culturelles) (Lynch *et al.*, 2004, p. 71).

2. Des données « multi-niveaux » comprennent à la fois le revenu de l'individu et la distribution des revenus dans le groupe social auquel il appartient. Le fait de disposer de ces deux variables permet de distinguer l'effet contextuel des inégalités SE de l'effet du revenu individuel sur la santé.

3. Un surcroît de 8 % de risque de mortalité, cela peut sembler modeste. C'est pourtant un problème de santé publique qui concerne toute la population.

5.4 Comment les inégalités socio-économiques se transforment en inégalités de santé

Des études et synthèses récentes tendent à montrer que des systèmes sociaux fortement stratifiés produisent des inégalités de santé (Auger, Park et Harper, 2012). On peut se demander par quels processus et séquences les inégalités socio-économiques affectent les inégalités de santé, et les interventions que cela suggère pour améliorer la santé des populations.

5.4.1 Les sociétés équitables : caractéristiques supposées

Marmot (2001) constate également à partir d'une synthèse de la littérature que la santé des populations est meilleure quand l'équité socio-économique augmente et qu'elle est plus étroitement liée au revenu relatif qu'au revenu absolu (par exemple à l'intérieur des pays riches). Il suggère de s'intéresser à la façon dont les facteurs structurels (par exemple l'inéquité socio-économique) transitent par des facteurs psychosociaux collectifs et individuels qui peuvent tantôt les compenser (par exemple dans les sociétés à forte solidarité sociale), tantôt les exacerber (individualisme, absence de cohésion). Dans les sociétés relativement équitables, la qualité des relations sociales et l'autonomie seraient meilleures selon lui, d'où un bien-être supérieur de leurs membres.

5.4.2 Hypothèses compositionnelles et contextuelles

Deux interprétations des résultats des études consacrées aux relations entre inégalités socio-économiques et bien-être ont été émises. L'une est *compositionnelle* : les sociétés inégalitaires auraient simplement plus de pauvres (la pauvreté affecte la santé au niveau individuel). L'autre est *contextuelle* : une distribution inéquitable des revenus est socialement corrosive et source de clivages qui éroderaient la cohésion sociale (liens sociaux, solidarité…). Cette dernière est confortée par les résultats de Kondo *et al.* (2009) selon lesquels les effets de l'inégalité des revenus sur la santé se maintiennent même après contrôle de l'effet du revenu individuel[1]. Ainsi les déterminants socio-économiques de

1. On peut évaluer séparément les effets compositionnels et contextuels à partir de données multi-niveaux avec un traitement statistique approprié (par exemple, évaluer l'association entre inégalités SE et santé après contrôle de l'effet du revenu individuel).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

la santé exerceraient leurs effets au niveau sociétal d'une part et au niveau individuel d'autre part, selon des voies différentes. Ces effets seraient complémentaires, ceux du revenu individuel coexistant avec ceux de la distribution plus ou moins équitable des revenus au sein d'une société.

5.4.3 Point de vue psychosocial

« Les personnes vivant dans des conditions de vie précaires ont plus de maladies, de détresse psychologique, de handicaps et une longévité moindre que celles qui vivent dans de bonnes conditions », affirment Benzeval, Judge et Whitehead (1995) dans une étude menée sur les effets des inégalités sociales dans quatorze pays différents. Les effets du statut socio-économique sur la santé seraient médiatisés par diverses variables psychosociales intermédiaires au niveau collectif (cohésion sociale) et individuel (conditions de vie plus ou moins difficiles). Plusieurs auteurs, dont Carroll, Davey Smith et Bennett (1996) et Kraus *et al.* (2009), soulignent le rôle de deux facteurs essentiels : les événements de vie stressants (plus nombreux et plus sévères dans les classes défavorisées) et le contrôle (plus faible dans cette catégorie sociale).

Au niveau sociétal, des hypothèses ont été proposées quant aux chemins selon lesquels les inégalités socio-économiques affectent la santé. Plusieurs auteurs (dont Marmot, 2005a) ont développé des hypothèses réconciliant un point de vue structurel global et un point de vue psychosocial. Il y a dans les sociétés les plus inégalitaires une détérioration générale des relations sociales se manifestant par plus de violence, d'infractions et de délits (Pickett et Wilkinson, 2009). La santé de *tous* est meilleure dans les sociétés équitables sans doute parce que ces sociétés sont perçues comme plus *justes* par leurs membres[1]. De nombreuses caractéristiques sociales intermédiaires peuvent être tantôt nocives (et elles rendent la vie encore plus difficile), tantôt protectrices. Dans certaines régions et pays défavorisés, par exemple, les liens familiaux et la solidarité (entre membres d'une même communauté) peuvent compenser les effets délétères de la pauvreté.

1. « Les sociétés inégales souffrent d'une incidence supérieure de problèmes sociaux (violence, racket, filles-mères, incarcérations) et d'un niveau inférieur de mobilité sociale. Les bénéfices d'une plus grande égalité s'exercent sur tous les membres de la société mais sont plus importants chez les plus pauvres » (Pickett et Wilkinson, 2009).

5.4.4 Des voies neurobiologiques ?

De nombreuses études montrent que les relations entre un statut social inférieur et diverses issues de santé transitent par des voies psychophysiologiques (Adler, Epel, Castellazzo et Ickovics, 2000 ; Ghaed et Gallo, 2007 ; Steptoe, Feldman, Kunz, Owen, Willemsen et Marmot, 2002). Nous avons vu qu'un statut socio-économique inférieur était associé à une moins bonne santé surtout lorsque les inégalités étaient fortes (Roy, 2004). Dans les sociétés hiérarchisées, les individus de statut inférieur dépendent de ceux qui ont un statut supérieur, ce qui peut induire chez les premiers des émotions négatives (honte, colère, détresse).

Des études neurobiologiques récentes montrent que ces émotions activent certaines régions du cerveau (comme l'amygdale) qui grâce à plusieurs systèmes d'alarme (l'axe corticotrope de l'hypophyse par exemple) vont stimuler des organes-cible. Un taux accru de cortisol dans le sang déclenche une « crise métabolique » et cette situation, si elle perdure, pourra conduire à des déséquilibres (augmentation du risque de diabète, hypertension, athérosclérose, dépression, maladies auto-immunes). Ceci n'est qu'un chemin parmi d'autres par lequel des expériences émotionnelles négatives peuvent induire des perturbations physiologiques.

5.4.5 Les modèles des déterminants sociaux de la santé

Il existe plusieurs modèles hiérarchisés rendant compte des effets des divers déterminants sociaux sur la santé. Guichard et Potvin (2010, p. 40-46) rappellent plusieurs d'entre eux, dont celui de l'OMS déjà présenté (figure 2.1). Le modèle systémique de Dahlgren et Whitehead, souvent cité et utilisé en épidémiologie sociale, représente les déterminants sociaux de la santé comme des systèmes emboîtés les uns dans les autres, des plus généraux jusqu'aux plus spécifiques. Ces modèles ont le mérite d'être réfutables (au moins sur certains aspects partiels) et de suggérer des actions (politiques de santé, éducation pour la santé, etc.). Pour certains, les effets peuvent être rétroactifs, les individus et les communautés pouvant agir en retour sur les déterminants sociaux. Selon la plupart de ces modèles, des déterminants structurels généraux (économiques, politiques, culturels) ont un effet sur des facteurs plus spécifiques (intermédiaires). Certains de ces facteurs vont être examinés à présent.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

6. Les déterminants sociaux intermédiaires

Nous avons abordé plus haut les déterminants sociaux structurels (distaux) de la santé induisant une stratification sociale et pouvant affecter la santé d'un individu. Selon le modèle de Solar et Irwin (OMS, 2010a, p. 7) et celui de Taylor et Repetti (1997, p. 414), ces déterminants généraux (contexte politico-économique, pays, culture…) ont un effet sur des déterminants sociaux intermédiaires définissant la position d'un individu dans la société (statut socio-économique, ethnie, communauté) qui, à leur tour, affectent des déterminants proximaux plus restreints (conditions de vie, milieu professionnel, groupe de pairs, famille), qui en médiatisent les effets. Les groupes auxquels l'individu appartient et avec lesquels il a des liens sociaux directs peuvent avoir des effets protecteurs mais aussi nocifs sur sa santé physique et mentale (voir figure 2.4). Ce sont ces effets que nous allons décrire à présent.

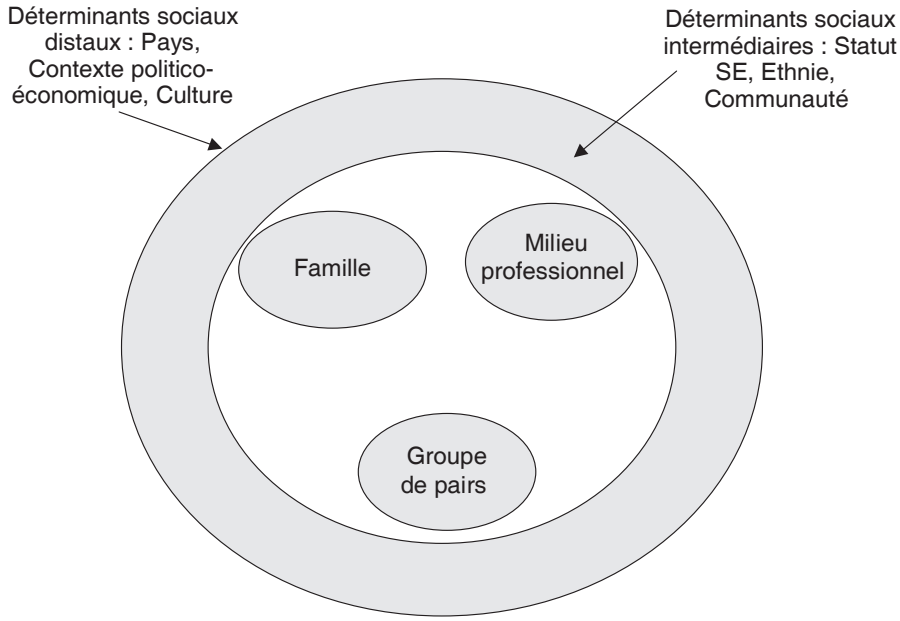


Figure 2.4 – *Déterminants sociaux, distaux, intermédiaires et proximaux ayant un impact sur la santé, des plus généraux aux plus spécifiques (d'après Taylor* et al.*, 1997, p. 414)*

6.1 L'ethnie[1]

Dans les études menées sur les différences entre pays riches et pauvres sur divers indicateurs de santé, on dispose rarement de données relatives à l'état de santé des différentes ethnies, car elles sont souvent regroupées par pays ; les groupes ethniques vivant dans un même pays sont supposés bénéficier de la même éducation pour la santé et du même système de soins. D'après les études existantes, les minorités ethniques (ethnies défavorisées au niveau socio-économique) sont en moins bonne santé que les majorités d'après les études menées au Royaume-Uni, en Amérique du Sud, en Afrique du Sud, en Australie, en Nouvelle-Zélande (Karlsen et Nazroo, 2007)[2].

C'est aux États-Unis que la plupart des études de ce type ont été effectuées. On a observé que les Afro-Américains étaient en moins bonne santé que les Blancs depuis les années 1930, ceci sur la plupart des indicateurs (Williams et Collins, 1995 ; Gornick, 1999 ; Williams, 1999)[3]. Ces différences se sont accentuées depuis les années 1950 (Williams et Braboy-Jackson, 2003). La différence d'espérance de vie entre Blancs et Noirs était en 2008 de 5,5 ans (hommes) et de 3,8 ans (femmes). La mortalité infantile est très supérieure chez les Noirs (12,7 pour 1 000 naissances vivantes contre 5,5 chez les Blancs en 2008) d'après Miniño (2010). Le taux de morbidité chez les Afro-Américains est d'environ 1,6 fois supérieur à celui des Blancs, les Noirs ayant par exemple des troubles cardio-vasculaires et des cancers plus graves et plus précoces que les Blancs.

Dans une étude exhaustive utilisant les données du plan *Healthy People 2010*, Keppel (2007) a montré que les Blancs américains sont en meilleure santé que les autres groupes ethniques (Amérindiens, Hawaïens, Alaskiens, Latino-Américains)[4]. On trouvera dans le rapport

1. Selon Watt et Norton (2004), la culture est un système d'idées, croyances, règles et pratiques partagées par un groupe (géographique, professionnel, religieux). L'ethnie est un groupe différant des autres par son langage, sa religion, son histoire, ses pratiques sociales. La notion de race désignait à l'origine un groupe humain différant des autres par ses caractéristiques physiques, mais en l'absence de support biologique ou génétique, elle a été abandonnée par les scientifiques et devait être supprimée de la constitution française avant l'été 2013. Cette notion est souvent associée à des attitudes et comportements négatifs.

2. Une minorité ethnique est un groupe de personnes qui ont une origine commune (pays, langue, culture) et une conscience collective qui diffèrent de ceux de la majorité des habitants d'un pays donné.

3. De très rares maladies génétiques sont spécifiques à certaines ethnies (thalassémie et certaines anémies, par exemple). Les inégalités de santé entre Blancs et Noirs américains ne sont pas dues à des facteurs biologiques ni génétiques.

4. Les Asiatiques immigrés aux États-Unis ont une santé comparable à celle des Blancs sur tous les indicateurs. Leur statut SE (revenu, niveau d'études) est ≥ à celui des Blancs, ce qui n'est pas le cas des autres minorités.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de Mead, Cartwright-Smith, Jones, Ramos, Siegel et Woods (2008) des comparaisons entre groupes ethniques vivant aux États-Unis sur divers indicateurs de santé dont la santé auto-évaluée et la mortalité infantile. Les minorités ethniques (défavorisées) ont des taux supérieurs de maladies cardio-vasculaires, diabètes, asthme, sida et cancers. Ceci a été observé dans d'autres pays et régions du monde entre ethnies favorisées et défavorisées (Europe, Afrique, Asie du Sud et du Sud-Est)[1]. Les facteurs rendant compte de ces écarts sont : des différences socio-économiques (revenu, niveau d'éducation), des facteurs culturels (croyances et comportements de santé spécifiques), un accès plus difficile aux informations et aux soins médicaux, un processus de discrimination et ses effets sur la santé des intéressés.

6.1.1 Différences socio-économiques

Ce seraient surtout des différences socio-économiques qui rendraient compte des différences de morbidité et de mortalité entre ethnies. Plus de 26 % des Noirs américains vivent par exemple en dessous du seuil de pauvreté contre 14 % des Blancs. Plusieurs enquêtes montrent que les minorités ethniques ont des taux supérieurs sur différents indicateurs (taux de pauvreté deux fois supérieur à celui des majorités, faible revenu, taux de chômage, sous-emploi, travail précaire). C'est le cas au Canada, par exemple (Patychuk, 2011). C'est surtout la pauvreté qui rend compte des inégalités de santé entre Blancs et Noirs américains (Krieger *et al.*, 2005). Mais elle n'explique pas tout puisque même à statut socio-économique égal, les Noirs américains sont en moins bonne santé que les Blancs américains (Mead *et al.*, 2008, p. 26 ; Williams, 1999)[2]. De même, à niveau d'éducation égal ou supérieur, le chômage et le sous-emploi sont plus fréquents dans les minorités ethniques (un processus de discrimination à l'embauche est parfois évoqué).

6.1.2 Les problèmes de santé et d'accès aux soins chez les minorités ethniques

La culture d'origine de certaines ethnies pourrait expliquer leur recours à des soins traditionnels et leurs réticences face à des systèmes de santé occidentaux. La plupart des médecines traditionnelles, comme la médecine ayurvédique en Inde, l'acupuncture en Chine, les herboristes ou

1. *http://wonder.cdc.gov/DATA2010*

2. Selon Nancy Krieger, de telles différences entre Blancs et Noirs américains sont observées depuis cent cinquante ans environ.

les marrons de Jamaïque, privilégient une approche holistique, où un problème de santé spécifique chez un patient est réintégré dans une totalité organique, psychologique, spirituelle et sociale. Les causes des maladies sont souvent vues comme surnaturelles et magiques (esprits) et la maladie doit être prise en charge par le groupe. Par opposition, la formation et la pratique clinique des professionnels occidentaux de la santé sont fondées sur une définition essentiellement dualiste de la maladie (physique/mentale) et où l'on explique l'étiologie des maladies par des facteurs individuels, biologiques ou épidémiologiques. C'est l'individu, lorsqu'il est malade, qui doit se soigner[1].

6.1.3 Adoption de comportements sains et moindre utilisation des services de santé

Certains facteurs pourraient rendre compte des relations entre le fait d'appartenir à une ethnie minoritaire défavorisée et l'état de santé ; les comportements sains ont par exemple une plus faible prévalence chez les minorités ethniques (faire de l'exercice physique, manger des fruits et légumes, ne pas fumer, ne pas boire d'alcool). De plus, plusieurs auteurs, dont Gornick (1999), Gravel et Battaglini (2000, p. 65) ont constaté que les minorités ethniques sous-utilisaient les services de soins, même gratuits (consultations, vaccinations, tests, dépistages, etc.). Aux États-Unis, les Afro-Américains et les Latino-Américains utilisent moins les services de santé que les Blancs (Ashton *et al.*, 2003) et renoncent plus souvent à se soigner. Selon Mead *et al.* (2008, p. 47), 18 % des Afro-Américains, 35 % des Amérindiens et 35 % des Latino-Américains n'ont pas d'assurance maladie (contre 12 % des Blancs).

6.1.4 L'accès des minorités aux soins

Cet accès différentiel aux soins serait dû à divers facteurs qui peuvent se combiner : difficultés objectives (soins peu accessibles, trop coûteux, démarches administratives compliquées), méconnaissance des ressources disponibles, problèmes linguistiques, niveau d'éducation, facteurs culturels (Gravel *et al.*, 2000). Ces auteurs examinent les moyens pouvant aider les minorités à surmonter ces obstacles : information, couverture universelle, adaptation culturelle des services, intervenants des mêmes groupes ethniques, etc. Sudano et Baker (2006) montrent,

1. Dans plusieurs pays (Afrique, Asie du sud-est), mais aussi dans certains pays européens et américains, une médecine de type occidental côtoie les médecines traditionnelles (Gravel et Battaglini, 2000, p. 62).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

dans un échantillon de 6 286 adultes américains représentatif des diverses ethnies et suivi pendant six ans, que le moins bon état de santé des minorités défavorisées s'explique aussi (en plus des effets du niveau socio-économique) et par la souscription plus rare d'une assurance maladie et par davantage de comportements à risque.

6.1.5 Une discrimination médicale ?

Plusieurs auteurs (dont Williams, 1999 ; Gornick, 1999) ont noté que les médecins, à problème médical équivalent, prescrivent moins de soins et moins d'interventions chirurgicales (pontage coronarien, prothèse de la hanche) aux minorités défavorisées. Ceci a aussi été observé en Australie pour les transplantations rénales (Cass, Cunningham et Snelling, 2003). Des pratiques discriminatoires envers les minorités ethniques dans les services de santé mentale de divers pays européens ont également été rapportées (Conseil de l'Europe, 2005a).

C'est un accès moindre à des soins spécialisés qui expliquerait le taux moyen de survie plus court après un cancer chez les Noirs que chez les Blancs américains (Meyerowitz, Richardon, Hudson et Leedham, 1998). Des difficultés d'accès aux systèmes de soins (obstacles juridiques, financiers, géographiques, linguistiques), ont pour effet de renforcer les problèmes des minorités ethniques. Plusieurs études montrent qu'il existe des problèmes de communication entre médecins et patients appartenant à une minorité ethnique (Ashton *et al.* 2003 ; Johnson, Saha, Arbelaez, Beach et Cooper, 2004). Betancourt, Green, Carrillo et Ananeh-Firempong (2003) et Potvin *et al.* (2010) proposent de remédier aux formes existantes de discrimination médicale. Yamey (2008) propose la diffusion gratuite et accessible des connaissances biologiques et médicales auprès de tous.

On a observé que les minorités ethniques se soignent moins, même lorsque les soins sont gratuits. Plusieurs auteurs ont évoqué le travail d'*acculturation* que les minorités (et en particulier les immigrants) doivent accomplir pour se familiariser avec la médecine occidentale (Corral et Landrine, 2008 ; O'Mahony et Donnelly, 2007). L'hypothèse relative à une telle acculturation reste à étayer sur les données d'études complémentaires fiables (Hunt, Schneider et Comer, 2004).

6.1.6 La compétence culturelle des soignants

Dans les pays occidentaux, les services de santé sont plus adaptés aux besoins des majorités que des minorités ethniques. Des différences de

langage, de style de vie, de culture font que les besoins des minorités ethniques sont pris en compte de façon insuffisante ou inadéquate, induisant de l'incompréhension et une moindre adhésion thérapeutique chez celles-ci (Falcoff, 2010 ; Van Ryn et Fu, 2003). Brach et Fraserictor (2000) décrivent quelques façons d'accroître la *compétence culturelle* des personnels de santé (entraînement, interprètes, connaissance des médecines traditionnelles, promotion de la santé auprès des communautés, etc.).

Betancourt *et al.* (2003) décrivent ce que devrait être un système de santé culturellement compétent : prise en compte des différences entre cultures et adaptation des services de soins aux besoins et particularités des minorités culturelles (croyances, comportements, pathologies et traitements spécifiques). Beach *et al.* (2005) font la synthèse de trente-quatre études évaluant l'efficacité des interventions menées (de 1980 à 2003) pour augmenter la compétence culturelle des professionnels de santé. Ces interventions induisent une augmentation de la satisfaction des patients (et à un moindre degré, leur observance thérapeutique).

6.1.7 Les effets de la discrimination sur la santé[1]

La discrimination, lorsqu'elle est durable, agit comme un stresseur chronique. Elle affecte la réactivité cardio-vasculaire (Richman, Bennett, Pek, Siegler et Williams, 2007) et s'est avérée nocive pour la santé physique et mentale des immigrants (au Canada), même après contrôle des effets des comportements de santé et du revenu (Patychuk, 2011). Elle induit chez les victimes des cognitions et émotions négatives (stress perçu, faible contrôle perçu, affects anxio-dépressifs), l'altération du fonctionnement de divers systèmes (cardio-vasculaire, neuro-endocrinien, neuro-immunitaire), des troubles du sommeil et l'augmentation des comportements à risque (Williams *et al.*, 2003).

Paradies (2006), à partir de la synthèse de cent trente-huit études, conclut que la discrimination envers les minorités (perçue par les victimes) a des effets pathogènes sur leur santé mentale, leurs comportements de santé et leur santé physique, ceci même après contrôle

1. Le document « Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste » de Gravel et Battaglini (2000) apporte des informations et des outils (en français) aux professionnels intervenant en santé publique dans un contexte pluri-ethnique. On y trouvera la définition de nombreuses notions (ethnie, minorité, communauté, migration, racisme…). La discrimination est une distinction, intentionnelle ou non, fondée sur les caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des obligations et désavantages non imposés aux autres ou de restreindre (ou d'empêcher) l'accès aux possibilités, bénéfices et avantages offerts aux autres membres de la société (Gravel et Battaglini, 2000, p. 50).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de divers facteurs de confusion. Les attitudes discriminatoires envers les minorités affectent leur santé, surtout lorsque les sujets-cible intériorisent les attributs dévalorisants qu'on leur prête (Williams, 1999).

6.1.8 L'immigration

Les ethnies minoritaires ont souvent vécu l'expérience de l'immigration dans un pays d'accueil. Certains d'entre eux (réfugiés) ont dû fuir le plus souvent la pauvreté, la guerre, la violation des droits de l'homme, facteurs qui ont pu induire des états de stress post-traumatique. Les migrants sont partagés entre le maintien de leur identité culturelle et le désir de s'adapter à une nouvelle culture (processus d'*acculturation*). L'immersion dans une nouvelle culture correspond le plus souvent à la perte des liens avec le pays d'origine et à un véritable choc culturel ayant généralement des effets délétères sur la santé des migrants (peu d'études scientifiques y sont consacrées).

Les problèmes de santé des minorités ethniques et leur accès malaisé à des soins appropriés sont surtout dus à leur statut socio-économique souvent très bas (Nazroo, 2003). Les différents facteurs qui contribuent à faire des minorités ethniques des groupes vulnérables (faible revenu, faible niveau d'éducation, difficultés d'accès aux soins, discrimination, etc.) cumulent souvent leurs effets aversifs. Il est urgent d'améliorer la prise en charge de la santé physique et mentale des minorités ethniques et la compétence multiculturelle des services de soins. Ces objectifs ont donné lieu à des bilans et projets (Conseil de l'Europe, 2005).

6.2 La communauté

Une communauté est un groupe d'individus pouvant avoir une ou plusieurs caractéristiques communes dont :

- → l'unité géographique et environnementale (par exemple, quartier, village) ;
- → des activités communes et des interactions sociales (par exemple, une classe d'école) ;
- → une culture, une identité collective et des valeurs communes (par exemple, un groupe religieux).

Assez souvent, les membres d'une communauté partagent les mêmes caractéristiques socio-économiques et le même environnement. Les effets des caractéristiques physiques des communautés sur la santé ont

d'abord été étudiés puis, plus récemment, les effets de leurs caractéristiques sociales (Glanz, 2008 ; Heaney, 2003 ; Minkler, 2008).

6.2.1 Communautés favorisées et défavorisées

On assiste depuis les années 1980 à une explosion démographique urbaine : 4 milliards d'individus vivront dans une ville en 2020 (Nations unies, 2005). Ceci est dû en grande partie à l'exode rural, les paysans, fuyant un mode de vie traditionnel (agriculture, élevage) pour des raisons économiques, trouvent des conditions de vie souvent bien pires. Ils s'entassent dans des quartiers urbains surpeuplés, malsains et éloignés du centre des villes. Williams (1999, p. 182) parle de *ségrégation résidentielle* car les quartiers défavorisés et favorisés sont situés souvent très loin les uns des autres.

Ces deux types de quartiers diffèrent considérablement (qualité des écoles, des transports, des services de soins, etc.). Ce sont justement les communautés défavorisées qui vivent dans des quartiers mal entretenus, dans des bâtiments dégradés, avec moins d'espace et de terrains de jeux pour les jeunes, une exposition supérieure à des substances polluantes ou toxiques, plus de promiscuité, de bruit, de violence et de délinquance. De leur côté, les habitants des quartiers aisés ont un statut socio-économique supérieur, des maisons individuelles spacieuses et confortables, un environnement agréable et un accès plus facile aux services de soins et aux transports, soit tout ce qui manque aux habitants des quartiers défavorisés.

Les gens passent en moyenne 90 % de leur temps chez eux. Dans les quartiers pauvres, les logements sont souvent vétustes et insalubres, ce qui favorise la propagation de certaines maladies. Le bruit y est aussi plus fréquent en raison d'une forte densité humaine et d'une isolation insuffisante. L'exposition permanente au bruit induit un état de stress chronique ayant des effets indésirables (hypertension, risque accru d'infarctus, moindre adoption de styles de vie sains, etc.), d'après Evans (2003) et Ising et Kruppa (2004). Le bruit en un problème majeur en santé publique et une revue lui est consacrée (*Noise et Health*).

Le « mal logement » (qui concerne environ 10 millions de Français) inclut entre autres inconvénients l'absence d'intimité et d'un espace « à soi », ce qui induit de la détresse psychologique (Evans, 2003), une sécrétion accrue d'adrénaline et de noradrénaline et des stratégies de coping peu efficaces. La surpopulation dans les logements (≥ 1,5 individu par pièce) correspond à un risque accru, surtout chez les enfants, de troubles mentaux et de maladies respiratoires et infectieuses, à un

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

sommeil de mauvaise qualité, à des relations sociales altérées et à un moindre accès aux soins (Becker Cutts *et al.*, 2011).

Les caractéristiques pathogènes d'un quartier défavorisé peuvent se cumuler et constituer un « voisinage hautement stressant » (statut socio-économique moyen ou bas, densité de population élevée, instabilité familiale et professionnelle, violence). Le devenir académique et social des jeunes y est plus problématique. Entre outre, les caractéristiques nocives du logement et du quartier (souvent inévitables) induisent un sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle (Evans, 2003) dont les effets sont très dysfonctionnels (voir *infra*, chap. 6). Un état de stress chronique s'installe ainsi que diverses dérégulations physiologiques. Les cancers, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires et les maladies mentales sont plus fréquents dans les quartiers défavorisés, où se cumulent les effets de la pauvreté et de l'environnement (Rauh, Landrigan et Claudio, 2008). Chen et Paterson (2006) rapportent des taux de morbidité et de mortalité plus élevés dans les quartiers défavorisés, même après contrôle du statut socio-économique des habitants.

6.2.2 Communauté, cohésion sociale et capital social

Une communauté fournit à ses membres de multiples liens sociaux. Or, on sait depuis longtemps que les relations sociales (quantité et qualité) des individus (humains et animaux) ont un effet protecteur sur la santé (House, Landis, Umberson, 1988).

La *cohésion sociale* est « la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, l'accès équitables aux ressources, l'autonomie personnelle et collective et l'engagement responsable » (Conseil de l'Europe, 2005b). Lorsqu'elle est faible, les taux de délinquance, de violence, de maltraitance des enfants, de suicides et d'homicides augmentent (Marmot, 2002b). En effet, le taux d'homicides aux États-Unis (dans cinquante États, en 1991-1994) s'est avéré corrélé négativement à la cohésion sociale et à la confiance dans la société, ceci même après contrôle de la pauvreté et de l'accès aux armes (Kennedy *et al.*, 1998). La peur des habitants des quartiers insécures peut conduire à l'isolement, qui a des effets délétères sur la santé physique (infections, morbidité, mortalité), l'immunocompétence et le risque de dépression (Cornwell et Waite, 2009 ; House, 2001 ; Kiecolt-Glaser, Malarkey, Cacioppo et Glaser, 1994)[1].

1. Neuf études longitudinales citées par Bond *et al.* (2005, p. 73) ont permis d'identifier les facteurs sociaux affectant l'usage de substances illicites et le comportement anti-social des adolescents. Les facteurs protecteurs sont la cohésion sociale du groupe d'appartenance (et l'intérêt des jeunes pour leurs études). Les conflits familiaux sont des facteurs de risque.

Quant au *capital social*, concept popularisé par Robert Putnam (2000), il caractérise le réseau social d'une personne (famille, amis, voisins, communauté…), ses aspects quantitatifs (nombre, fréquence, réciprocité) et surtout qualitatifs : partage des valeurs, confiance réciproque, solidarité, actions et objectifs communs. Il a des effets protecteurs directs et indirects sur la santé physique et mentale. Les études menées depuis les années 1970 montrent que les relations sociales protègent les individus, même les plus vulnérables, à condition qu'elles soient réciproques, confiantes et non conflictuelles. Le capital social est l'un des corrélats les plus robustes du bien-être (Helliwell et Putnam, 2004 ; Kawachi et Berkman, 2000 ; OCDE, 2001). Certains auteurs mettent en garde contre l'ambiguïté et la multidimensionnalité de cette notion (Kushner et Sterk, 2005 ; Messner, Baumer et Rosenfeld, 2004).

6.2.3 Quelques exemples de communautés

↘ *Les communautés religieuses*

Les études relatives aux relations entre religiosité et santé sont récentes[1]. Si en Europe, les croyances religieuses décroissent, environ 88 % des Américains (US) seraient croyants (Eckersley, 2007). Ces études montrent pour la plupart qu'il y a un lien entre l'engagement religieux et l'espérance de vie (Nicholson *et al.*, 2010). Les raisons d'une telle association peuvent être diverses : capital social, soutien émotionnel, adoption de comportements sains (plusieurs religions proscrivent la consommation de substances nocives), pensées rassurantes (croyances, confiance, sens de la vie…). La direction de causalité peut être inverse : ce sont ceux qui sont en bonne santé qui se déplacent et qui donc pratiquent, tous ces chemins restant à explorer[2].

Miller et Thoresen (2003) suggèrent de distinguer les croyances et la spiritualité des pratiques religieuses ainsi que leur caractère privé et public. C'est une pratique religieuse communautaire qui est la plus fortement liée à la santé physique et à l'espérance de vie, surtout chez les femmes (Koenig et Vaillant, 2009 ; Mc Cullogh, 2000) et à la santé mentale et au bien-être de tous. La spiritualité aurait, selon certaines études, des effets positifs sur la santé physique et mentale (Laudet, Morgen et White, 2006), mais non d'après d'autres (Nicholson *et al.*, 2010). La méta-analyse des articles parus

1. Un numéro spécial de la revue *The American Psychologist* (2003, 58, 1) y est consacré.

2. Helliwell et Putnam (2004) montrent à partir de larges enquêtes menées au Canada et aux États-Unis, que les effets positifs de la pratique religieuse sur le bien-être transitent par le capital social et la confiance.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

jusqu'en 2000 sur les liens entre religiosité et santé mentale (Moreira-Almeda, 2006) montre que la pratique communautaire d'une religion est associée au bien-être ; elle est surtout salutogène pour les individus vulnérables (sujets âgés, malades). La religion peut être nocive lorsqu'elle incite à refuser des soins médicaux (Vess, Arndt, Cox et Routledge, 2009) ou encore lorsqu'elle est source de conflits et de violence (Miller *et al.*, 2003).

↘ *Les groupes vulnérables*

Le fait d'habiter dans un village ou un quartier pendant plusieurs années permet aux habitants d'établir des contacts et de s'intégrer éventuellement dans des groupes (écoles, groupes de loisirs, associations…). Dans les communautés pauvres et notamment en milieu urbain, les conditions de vie rendent très difficile la construction de relations stables, durables et satisfaisantes (parents, enfants, voisins…). La mobilité sociale qui caractérise ces quartiers peut compromettre l'établissement et le maintien de tels liens (Rauh *et al.*, 2008).

Quant à la violence, elle compromet la confiance (dans la société) et la cohésion sociale des habitants (Lederman, Loayza et Menendez, 2002). L'exposition chronique à la violence, fréquente dans les communautés défavorisées, induit chez les enfants divers troubles (comportement alimentaire, sommeil, attention), de l'anxiété et un état de stress post-traumatique. Elle peut compromettre la régulation des émotions et le développement de stratégies d'ajustement efficaces, notamment chez les enfants ne bénéficiant pas de soutien social. Chez les adultes exposés à la violence, les troubles du sommeil, les cauchemars et les troubles anxieux sont fréquents.

LaFromboise *et al.* (2006) ont étudié des communautés d'Amérindiens vivant dans des réserves et se sont intéressés à la santé des adolescents en particulier. Des troubles comportementaux sont observés chez un tiers d'entre eux environ ; chez les autres, on note une adaptation satisfaisante, se traduisant par des comportements prosociaux. Le facteur de risque principal dans ces communautés est la discrimination (réelle et perçue). Les facteurs de protection sont : le soutien perçu de la part de la communauté, une relation affectueuse avec la mère et un niveau élevé d'enculturation (ceci se conçoit dans la mesure où ces ados doivent grandir et s'ajuster à plusieurs cultures à la fois).

Chen *et al.* (2006) ont étudié certaines communautés défavorisées (quartiers et familles pauvres) et la façon dont les conditions de vie affectent la santé des individus, notamment celle des adolescents. Ceux-ci sont souvent en surpoids et ont des niveaux anormalement élevés de cortisol basal ; ils présentent souvent des troubles émotionnels (états

dépressifs). Quelques interventions menées dans ces quartiers (terrains de jeux, possibilités de loisirs, magasins d'alimentation proposant des produits sains et bon marché), ont donné des résultats prometteurs[1].

6.2.4 Comment s'exercent les effets de la communauté sur la santé ?

On réduit souvent la communauté à quelques caractéristiques isolées dont l'effet sur la santé est relativement facile à étudier (promiscuité, statut socio-économique, bruit, cohésion sociale, capital social, confiance, insécurité…). La communauté atténue en général les effets de l'adversité en facilitant l'élaboration par ses membres de processus transactionnels plus fonctionnels (plus de contrôle perçu, moins de stress perçu, plus de soutien social perçu, stratégies de coping plus efficaces et comportements plus sains). Le sentiment d'appartenance à une communauté augmente la satisfaction et le bien-être, même en l'absence de stresseur (Laudet, Morgen, White, 2006).

La plupart des études menées sur l'effet du capital social sur la santé montrent que des liens importants (profondeur et largeur) avec divers groupes (famille, amis, voisins, collègues, associations…) sont bénéfiques pour la santé (santé auto-évaluée) et le bien-être (même après contrôle des effets du niveau d'éducation et du revenu). D'après trois vastes enquêtes menées en Amérique du Nord, toutes les formes de liens sociaux, notamment ceux se caractérisant par la confiance réciproque et par l'engagement personnel (comportement *prosocial*) ont des effets positifs directs et indirects sur le bien-être (Helliwell *et al.*, 2004). Les diverses formes d'aide à autrui sont bénéfiques non seulement pour le receveur mais aussi pour le donneur.

Parmi les processus transactionnels renforcés par une communauté, c'est le soutien social qui est considéré comme le plus bénéfique (surtout face à des situations stressantes). Ses effets peuvent être directs, lorsqu'il permet à l'individu de recevoir une aide (émotionnelle, informative, matérielle…). Indirectement, il joue le rôle de variable tampon en atténuant l'effet délétère des situations aversives. Un large corps de littérature a élucidé les mécanismes par lesquels le soutien social renforce la santé physique et mentale et atténue les effets du stress (voir

1. L'OMS (2011a, p. 21) suggère de travailler directement avec les communautés (analyse des problèmes, solutions possibles, choix de la solution préférée, décisions, actions), ceci pour s'ajuster aux préoccupations et aspirations de leurs membres. L'objectif est d'arriver à collaborer avec des partenaires dans les communautés, celles-ci ayant finalement le dernier mot au sujet des décisions essentielles et de leur réalisation. Pour les interventions auprès des communautés voir aussi Glanz (2008).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

infra, chap. 6). Évidemment, ceci ne concerne pas toutes les communautés, ni tous les aspects des communautés dont certains sont pathogènes. L'impact de la communauté sur la santé passe par des chemins complexes dont beaucoup restent à modéliser et mettre à l'épreuve.

7. Déterminants sociaux proximaux

Les groupes auxquels nous appartenons (milieu de travail, groupe de pairs, famille, couple…) fonctionnent comme des systèmes (ensembles qui ne se réduisent pas à la somme de leurs éléments) obéissant à divers mécanismes d'autorégulation qui leur permettent de s'ajuster aux perturbations et leur assurent une certaine permanence. Dans les groupes dont il est membre, chaque individu a l'occasion d'interagir avec autrui directement et peut avoir différents statuts et rôles. Les groupes jouent pour leurs membres un rôle généralement protecteur, parfois pathogène. À leur tour, les problèmes de santé des membres d'un groupe (dépression, hostilité, toxicomanie, maladie chronique) peuvent en affecter le fonctionnement. Le contexte de travail par exemple peut être plus ou moins salutogène (ses effets vont de la satisfaction professionnelle à la dépression et au suicide) et les familles, souvent saines et équilibrées, sont parfois pathogènes (Favez, 2010).

7.1 Le milieu professionnel

Le *milieu de travail* exerce une influence très importante sur le bien-être et la santé. En général, les personnes qui ont un emploi ont une meilleure qualité de vie que celles qui ne travaillent pas. Cela dit, certaines caractéristiques du milieu professionnel peuvent s'avérer très aversives, parfois de façon directe, en raison d'une exposition à des conditions de travail et/ou à des substances dangereuses (risque accru de blessures, d'accidents, de traumatismes, d'allergies et maladies respiratoires, de maladies cardio-vasculaires, de cancers). Le travail, de façon plus insidieuse, peut induire de la souffrance de diverses façons (stress chronique, insatisfaction, détresse, sentiment d'insécurité, relations sociales difficiles et conflits, etc.).

Waddell et Burton (2006) ont synthétisé les résultats d'une très abondante littérature consacrée aux effets du travail sur la santé et le bien-être. Globalement, le travail a des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être, mais ces effets varient selon le contexte organisationnel et

les caractéristiques du travail. Si le travail peut avoir des effets nocifs, ces auteurs concluent que ses effets protecteurs l'emportent très largement. Ils regrettent le manque d'études longitudinales (avec groupes de contrôle) mettant à l'épreuve les effets (protecteurs/pathogènes) de divers aspects du travail sur la santé, ainsi que la rareté des études de qualité dans ce domaine.

7.1.1 Les caractéristiques pathogènes du travail

Le travail peut être extrêmement pathogène, comme le révèlent certains faits divers dramatiques (suicides, immolations par le feu). Diverses caractéristiques du travail sont considérées comme potentiellement stressantes ; elles sont liées à la tâche (temps de travail, charge de travail), aux relations sociales (ambiguïté de rôle, conflit de rôle, soutien social inadéquat), à la carrière (faibles perspectives de promotion, périodes de transition, non-emploi) à l'interface vie de travail/vie hors travail (synthèses de Bruchon-Schweitzer *et al.*, 1997 et Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2006). Parmi les caractéristiques du travail ayant des effets sur le bien-être, celles du modèle de Karasek (1979) d'une part (demande/contrôle/soutien) et celles du modèle de Siegrist (1996) d'autre part (modèle ERI, déséquilibre Efforts-Récompenses, voir ci-après), ont donné lieu à de très nombreuses études (recourant pratiquement toutes à l'auto-évaluation).

Le modèle demande-contrôle de Karasek (1979) incluait au départ deux dimensions perçues, la demande (contraintes, exigences) et l'autonomie décisionnelle (contrôle) auquel a été ajouté ultérieurement le soutien perçu[1]. Il y a contrainte (*job strain*) lorsque le salarié pense subir une forte demande et bénéficier d'une faible autonomie. Niedhammer, Chastang, Lévy, David et Degioanni (2006) ont validé le JCQ (*Job Content Questionnaire*) de Karasek évaluant trois dimensions (demande, autonomie, soutien), dont les qualités psychométriques se sont avérées satisfaisantes. Les mêmes auteurs l'ont appliqué en 2007 à un large échantillon d'environ vingt-quatre mille salariés français (enquête SUMER de 2003). Les femmes déclarent être exposées à une plus forte demande et avoir moins d'autonomie (leur contrainte perçue est donc plus forte). Ces dimensions varient selon les secteurs et les professions. Le JCQ peut s'avérer utile pour les études du stress au travail

1. Le soutien social que procurent les collègues et les supérieurs atténuant les effets nocifs d'un travail à forte demande et faible contrôle, Karasek et Theorell (1990) l'ont ajouté à leur modèle.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

en France car il propose des normes françaises (selon le genre, l'âge, la profession et le secteur d'activité)[1].

Le modèle effort-récompense de Siegrist (1996) souligne l'importance de l'équilibre entre ce que les salariés pensent donner à leur travail (efforts, coûts) et pensent en recevoir (récompenses, bénéfices). Les échelles ERI (*Effort-Reward Imbalance*) sont issues de ce modèle et comprennent une échelle de charge de travail perçue (mentale, physique) et une échelle de récompense perçue (financière, estime, sécurité de l'emploi, perspectives de carrière). Un rapport entre efforts et récompenses proche de 0 correspond à une évaluation favorable (peu d'efforts relativement aux récompenses), proche de 1, à une évaluation défavorable (peu de récompenses relativement aux efforts). L'ERI a été validé par Siegrist *et al.* (2004) dans cinq pays européens (Allemagne, Belgique, France, Royaume-Uni, Suède). Sa structure factorielle est stable (entre pays, entre hommes et femmes) et ses qualités psychométriques satisfaisantes. L'inéquité perçue (estimer faire beaucoup d'efforts pour relativement peu de récompenses) est associée à des problèmes de santé physique et mentale. Une version française de l'ERI à quarante-six items est fournie à la fin de l'article de Niedhammer *et al.* (2000).

Certaines professions dans le domaine des soins et de l'éducation (personnel infirmier, médecins, enseignants…) seraient particulièrement stressantes et épuisantes en raison des efforts qu'elles sollicitent (implication émotionnelle, usagers difficiles) et des récompenses modestes qu'elles procurent (salaires, perspectives de carrière). Brotheridge et Grandey (2002) se sont intéressés à la nature des interactions émotionnelles caractérisant le travail quotidien de cinq groupes professionnels (dont un groupe de professionnels de santé), ainsi qu'à leur impact sur l'épuisement professionnel (*burnout*)[2]. Les soignants sont loin d'être les plus épuisés (avant-dernier rang sur l'épuisement émotionnel) ; ils ont les scores d'accomplissement personnel les plus élevés et la dépersonnalisation la plus faible. Dans cette étude, les soignants étaient le groupe qui partageait le plus ses émotions positives et avait le moins à refréner ses émotions négatives. Cette étude intéressante, mais un peu faible méthodologiquement, mériterait d'être contre-validée.

---

1. Cet outil est disponible sur : *http://mediatheque.parisdescartes.fr/doc/racine/f/flandinf/104886karasek.pdf*
Le manuel du JCQ, élaboré par Langevin, François, Boini et Riou (2011) est disponible sur le site de l'INRS : *www.inrs.fr*

2. Le *burnout* est évalué grâce au *Maslach Burnout Inventory* de Maslach et Jackson (1981).

Stansfeld et Candy (2006) ont mené une méta-analyse des études longitudinales menées de 1994 à 2005 sur les relations entre stresseurs professionnels et troubles mentaux (symptômes anxio-dépressifs surtout). Les auteurs sélectionnent les onze meilleures études (variables évaluées au moins deux fois, échantillons sans trouble mental à l'inclusion, outils valides, odd-ratios plutôt que corrélations…). Les caractéristiques prédisant les troubles mentaux des salariés sont la *contrainte* (forte demande et faible latitude décisionnelle) et le *déséquilibre entre efforts et récompenses*. En outre, un faible pouvoir de décision, une forte demande, un faible soutien de la part de l'organisation, et l'insécurité de l'emploi (précarité) sont des facteurs de risque complémentaires, qui sont observés plus souvent chez les femmes plus que chez les hommes[1].

Selon Stansfeld *et al.* (2006), les caractéristiques particulières d'un emploi sont certes importantes mais doivent être resituées dans leur contexte organisationnel. En effet, divers facteurs explicites ou implicites (hiérarchie, relations de pouvoir, culture d'entreprise…) déterminent la façon dont les caractéristiques du travail sont distribuées. On a reproché aux modèles de Karasek et Siegrist de se centrer sur les conditions de travail individuelles et ne pas prendre en compte les caractéristiques organisationnelles (style de leadership, communication…).

Akerboom et Maes (2006) ont mené une étude sur sept cent six soignants néerlandais. Les caractéristiques du travail sont mesurées au niveau individuel (dimensions de Karasek) et au niveau organisationnel grâce à l'ORFQ (voir tableau 2.3) qui permet d'évaluer six dimensions organisationnelles du travail (ressources humaines et matérielles, communication, possibilités de formation, difficultés relationnelles, compétences adaptées au poste), ainsi que leurs effets sur quatre issues (satisfaction au travail, épuisement émotionnel, détresse psychologique et plaintes somatiques). Seules les caractéristiques organisationnelles du travail expliquent un pourcentage important de la variance des issues (le style de communication et les possibilités de formation sont associés à la satisfaction, les autres caractéristiques organisationnelles aux issues négatives). Les auteurs concluent que c'est parce que leur champ est limité que les dimensions de Karasek ne prédisent que faiblement la santé des salariés.

1. Dans ces études où les conditions de travail sont le plus souvent auto-évaluées, certaines caractéristiques des répondants (pessimisme, affectivité négative) peuvent expliquer une part des relations observées entre aspects aversifs du travail et troubles psychologiques, d'où une causalité inversée. Il convient de contrôler l'effet possible de ces tendances de réponse sur les prédicteurs.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 2.3 – *Quelques items du Questionnaire des Facteurs Organisationnels de Risque (ORFQ : Organizational Risk Factors Questionnaire), in Akerboom et Maes (2006, p. 29-30)*

Ressources humaines
– Non-remplacement du personnel en congé
– Personnel suffisant pour faire le travail correctement

Communication
– Information adéquate pour le travail disponible à temps
– Recevoir des informations trop tard ou pas du tout

Possibilités de formation
– Possibilités de formation permettant d'accroître ses perspectives de carrière
– Utilité des cours/de la formation pour le travail quotidien

Difficultés relationnelles
– Respect de la part du supérieur ou des collègues
– Prise en compte des efforts supplémentaires (du travail bien fait)

Compétences professionnelles
– Préparation insuffisante ou inexistante à certains aspects du travail
– Savoir de quelles tâches on est responsable

Ressources matérielles
– Appareils pas toujours disponibles quand on en a besoin
– Équipement nécessaire non acheté

D'après la revue systématique de la littérature (1987-1999) de Michie et Williams (2003), les caractéristiques pathogènes du travail (induisant des problèmes de santé physique et mentale et de l'absentéisme) sont à considérer tantôt au niveau individuel (horaires de travail, charge de travail, faible contrôle), tantôt au niveau organisationnel (faible participation aux décisions, soutien social faible, style de leadership inadéquat, ambiguïté des rôles). Les auteurs citent des interventions visant à améliorer le fonctionnement organisationnel (participation des salariés aux décisions, soutien social et feedback pour améliorer les communications). Ces interventions induisent une amélioration de la santé physique et mentale des salariés et une réduction de l'absentéisme. Ceci plaide pour une orientation plus systémique des recherches et interventions dans ce domaine.

La question du harcèlement psychologique (*bullying*) au travail suscite un intérêt croissant et de plus en plus d'articles et d'ouvrages lui sont consacrés (Bartlett et Bartlett, 2011 ; Einarsen, Hoel, Zapf et Cooper,

2010)[1]. Ce procédé vise à ce que des personnes peu conformes se soumettent et/ou abandonnent. Notelaers, Einarsen, de Witte et Vermunt (2006) ont construit et validé le NAQ (*Negative Acts Questionnaire*) auprès de 1 675 employés belges ; il permet d'identifier les victimes de harcèlement au travail. Si les victimes, dont la détresse peut être extrême, devraient pouvoir bénéficier systématiquement de prises en charge psychosociales, ce phénomène révèle des dysfonctionnements institutionnels méritant des interventions spécialisées.

La psychologie de la santé au travail (*Occupational Health Psychology*) est une discipline assez récente (Macik-Frey, Campbell Quick et Nelson, 2007) qui a une revue spécifique. Certaines caractéristiques dysfonctionnelles, comme la flexibilité, la précarité, le non-emploi et la durée du chômage, de plus en plus fréquentes, accroissent le stress professionnel perçu et le sentiment d'incontrôlabilité. L'insécurité de l'emploi devient un facteur de risque majeur pour la santé mentale (Beham, Präg et Drobnič, 2008). D'après la méta-analyse de cent quatre études par McKee-Ryan *et al.* (2005), le chômage est associé à des troubles mentaux plus ou moins sévères, variant selon la durée du non-emploi, la centralité du travail et les ressources (financières, sociales et personnelles). Les résultats empiriques semblent plaider en faveur d'une relation causale entre non-emploi et santé mentale. La perte d'un emploi correspondrait à une cascade d'événements stressants secondaires (détresse, difficultés financières, conjugales et familiales).

Certaines caractéristiques du travail en lien avec la vie familiale ont été étudiées. Les relations entre la vie de travail et la vie hors travail, par exemple, deviennent des sources de tension extrême. Greenhaus, Collins et Shaw (2003) ont évalué chez trois cent cinquante-trois employés américains l'équilibre entre le temps consacré à leur travail et à leur famille. Les répondants consacrent plus de temps hebdomadaire à leur travail (environ 47 heures) qu'à leur famille (environ 27 heures). Ceux qui consacrent plus de temps à leur famille que les autres ont une meilleure qualité de vie. Lourel, Gana et Wawrzyniak (2005) rappellent que les salariés ayant des responsabilités familiales (environ 40 %) ont des difficultés pour gérer l'interface travail/vie privée (charge de travail,

1. Le harcèlement est la répétition d'agissements et/ou propos malveillants, voire humiliants (comportements irrationnels et injustes, propos « anodins » mais laissant planer des accusations ou des reproches) mis en œuvre par une ou plusieurs personnes à l'encontre d'une « victime » afin de l'intimider et de l'isoler, et portant atteinte à sa dignité et à son intégrité. Il est aggravé quand il est mis en œuvre par une ou des personnes ayant autorité sur la cible.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

emploi du temps, épuisement, conflits de rôles)[1]. La méta-analyse de Byron (2005), menée à partir des résultats de soixante études, suggère qu'il faut distinguer le cas où la famille empiète sur le travail de celui où c'est le travail qui empiète sur la vie de famille. Ces deux types d'interférences ayant des antécédents et issues distincts nécessitent des interventions différentes.

Il existe beaucoup d'autres dimensions, modèles et outils de mesure des facteurs de risque professionnels, qu'il n'est pas possible de citer tous[2]. Le COPSOQ (quarante-six items) par exemple, a été administré à 3 166 salariés français, et les réponses ont été soumises à diverses analyses (Dupret, Bocéréan, Teherani et Feltrin, 2012). Il permet d'évaluer six aspects potentiellement stressants du travail : contraintes (charge, rythme de travail) ; autonomie (marge de manœuvre, possibilités d'épanouissement) ; organisation et leadership (reconnaissance, équité, clarté des rôles, confiance salariés-management, soutien social supérieur…) ; relations horizontales (confiance et soutien des collègues) ; vécu professionnel (sens du travail, engagement, satisfaction au travail), santé et bien-être (santé auto-évaluée, stress, épuisement, exigences émotionnelles, conflit famille/travail)[3].

Face à des conditions de travail stressantes, certains individus sont plus ou moins vulnérables (type A, dépressivité, faible auto-efficacité, externalité). Nous aborderons plus loin les facteurs dispositionnels de vulnérabilité fragilisant les individus placés dans des situations aversives (voir *infra*, chap. 4). Certains outils proposent d'évaluer le stress au travail, l'OSI (*Occupational Stress Indicator*, de Cooper) par exemple, que Steiler et Paty (2009) ont traduit et validé en français. Il contient sept échelles : stresseurs professionnels, personnalité (type A, lieu de contrôle), coping, et trois issues (santé mentale, santé physique, satisfaction au travail). Ces dimensions ont un statut théorique différent (stresseurs, personnalité, transactions, issues) et ne mesurent pas le stress, ce qui doit être clair pour les utilisateurs, afin d'éviter toute confusion.

1. Ces auteurs ont validé une version française de l'échelle SWING permettant d'évaluer les interactions entre vie de travail et vie hors travail.

2. On trouvera dans Lesage, Berjot, Amoura, Deschamps et Grebot (2012) une revue de ces questionnaires validés dans leur version française, regroupés judicieusement : stresseurs professionnels, processus transactionnels et issues.

3. On peut regretter que figurent dans le même questionnaire (parfois dans la même « dimension ») des variables de statut théorique différent : antécédents (caractéristiques du travail), médiateurs (stress perçu, soutien social perçu) et critères (santé et bien-être). Heureusement, les analyses opérées par les auteurs (pistes causales) leur permettent de remettre certaines de ces séquences à leur place.

Vu la rareté des études concernant les aspects *objectivement* aversifs du travail (stresseurs professionnels), nous avons souvent abordé ici ce que les salariés perçoivent et ressentent (stress perçu). Mais nous rappelons qu'il ne s'agit pas d'un véritable antécédent mais d'un processus transactionnel (comme le contrôle perçu, le soutien social perçu, ou le coping), qui médiatise les effets des conditions de travail sur la santé. Nous avons validé une version française de la JSS (*Job Stress Survey*) qui permet d'évaluer deux dimensions du stress professionnel perçu : charge de travail, faibles récompenses perçues (Sifakis, Rascle, Bruchon-Schweitzer, 1999). Le stress perçu sera abordé en détail dans un chapitre ultérieur consacré aux processus transactionnels.

7.1.2 Les caractéristiques salutogènes du travail

Depuis une vingtaine d'années, la psychologie de la santé au travail s'est beaucoup développée. On a longtemps considéré des issues comme le stress, l'absentéisme, le harcèlement, le *burnout*, etc. La synthèse de Danna et Griffin (1999), souvent citée, fut l'une des premières à aborder d'un point de vue *positif* les déterminants de la santé et du bien-être en contexte organisationnel. De plus en plus de publications ont trait à des issues salutogènes (santé, bien-être, satisfaction, qualité de vie au travail) et aux processus transactionnels (émotionnels notamment) et antécédents qui les affectent, comme la résilience, l'implication, l'énergie ou l'endurance (*hardiness*)[1].

Macik-Frey *et al.* (2007) regrettent cependant que malgré les acquis concernant les facteurs organisationnels de risque, on ait si peu progressé quant à l'efficacité des interventions censées les réduire. Les premières d'entre elles visaient la prévention du stress professionnel, de la dépression, du *burnout*, etc. L'intérêt pour des issues positives a conduit à des objectifs assez nouveaux comme celui de renforcer certaines caractéristiques salutogènes chez les personnels. Pour être efficaces, les interventions devraient être menées à la fois aux niveaux individuel et collectif (Heaney, 2003). La notion d'organisation « en bonne santé » s'est développée peu à peu. La mission de l'ICOH (International

1. Selon Macik-Frey *et al.* (2007), un objet de recherche émergent est par exemple la *compétence émotionnelle*, ensemble de ressources permettant de gérer les émotions (ici dans un contexte professionnel) de manière optimale.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Commission of Occupational Health) est d'ailleurs de promouvoir la santé des organisations dans quatre-vingt-dix pays[1].

Drobnič, Beham et Präg (2010) ont étudié l'effet de la qualité des conditions de travail sur la satisfaction de la vie dans neuf pays européens (avec de deux cent cinquante-cinq à quatre cent quarante-neuf répondants dans chaque pays). La sécurité de l'emploi et un salaire perçu comme équitable ont partout un effet direct sur la satisfaction de la vie. L'autonomie au travail, les perspectives de carrière et un travail intéressant affectent la satisfaction de la vie en transitant par la satisfaction au travail. La satisfaction de la vie est plus élevée dans les pays les plus riches (Europe du Nord et de l'Ouest). Dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est, ce sont surtout la sécurité de l'emploi et un salaire décent qui induisent la satisfaction de la vie. En Europe du Nord et de l'Ouest, outre l'autonomie et l'interface travail/famille, les déterminants de la satisfaction au travail sont le fait d'avoir un travail intéressant et des délais suffisants pour le mener à bien.

Une analyse de la littérature (Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson et McGrath, 2004) a abouti à six notions importantes : caractéristiques de l'organisation, climat organisationnel, caractéristiques de l'emploi, évolution future de l'emploi, ajustement au travail, santé et bien-être[2]. Les auteurs ont élaboré un questionnaire (vingt-neuf variables de 1er ordre, six construits de 2e ordre) et l'ont soumis à 1 130 employés de différents organismes (sud-est des États-Unis). Ils ont construit un modèle des relations entre les divers antécédents et diverses issues salutogènes, qui s'est avéré compatible avec les résultats empiriques. Certaines caractéristiques des organisations et des emplois sont associées significativement au bien-être et à la santé des salariés. Il serait intéressant de construire dans ce domaine des modèles ainsi réfutables (à l'aide d'études longitudinales).

1. La psychologie organisationnelle positive constitue un nouveau champ de recherches et d'interventions passionnant, mais on attend d'elle désormais davantage de mises à l'épreuve empiriques de ses hypothèses et modèles.

2. Selon ces auteurs, une organisation en bonne santé se caractérise « par des efforts intentionnels, systématiques et collectifs pour maximiser le bien-être des employés en leur fournissant des emplois bien définis, intéressants, un soutien social organisationnel, des opportunités de carrière et une amélioration de la vie de travail ».

7.2 Le groupe de pairs

7.2.1 Le groupe de pairs chez les enfants et les adolescents

Des caractéristiques similaires à celles décrites dans les communautés et dans les familles pathogènes peuvent apparaître dans le *groupe de pairs*, par exemple dans le *milieu scolaire*. Dans les maternelles où l'enfant reçoit peu d'attention et a des relations instables avec les adultes (personnel remplaçant et à forte mobilité) et avec les autres enfants (famille instable), on a observé que les enfants vulnérables (forte réactivité physiologique au stress) développaient davantage de maladies respiratoires que des enfants comparables placés dans des classes maternelles permettant l'établissement de liens sociaux stables et individualisés entre éducateurs et enfants.

Quand l'enfant grandit et devient préadolescent puis adolescent, il passe de plus en plus de temps avec ses pairs et de moins en moins avec sa famille, et ses modèles identificatoires changent. Lorsqu'on demande à des adolescents, quel est le problème le plus important dans leur vie quotidienne, ce sont leurs relations avec leurs pairs des deux sexes (l'isolement et le rejet) qui sont le plus souvent citées (Repetti *et al.*, 1996). La qualité satisfaisante des relations avec les pairs est particulièrement bénéfique pour l'équilibre émotionnel de l'adolescent (Hirsch et Dubois, 1992). Le groupe de pairs renforce l'estime de soi et le sentiment de contrôle de l'adolescent (Sandler *et al.*, 1989b). Des études longitudinales ont montré que la solitude et l'exclusion vis-à-vis du groupe de pairs à l'adolescence sont des facteurs augmentant le risque de développer des comportements agressifs et des états dépressifs (Kupersmidt et Patterson, 1991).

L'adolescent est souvent en quête de modèles rompant avec les modèles familiaux. Les jeunes se socialisent entre eux, et cette fonction du groupe de pairs croît avec l'âge. Ainsi, les croyances et pratiques du grand enfant et de l'adolescent vis-à-vis de la consommation de substances (alcool, tabac, drogues) seront de plus en plus fortement influencées par celles des pairs (Donaldson, 1995). Le tabagisme des pairs favorise l'initiation tabagique, puis l'installation de la dépendance (Biglan *et al.*, 1995). En outre, la fréquence des comportements sexuels à risques dans le groupe de pairs peut induire l'absence de protection dans les rapports sexuels chez un adolescent (Walter *et al.*, 1992).

L'influence du milieu parental et celle du groupe de pairs ne s'exercent pas indépendamment. Ainsi, des enfants et adolescents sont plus susceptibles d'adopter la toxicomanie de leurs pairs si leurs parents

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

consomment des substances, ou bien s'ils n'exercent aucun contrôle (ou un contrôle excessif) sur leurs activités (Biglan *et al.*, 1995 ; Wills *et al.*, 1994). Lorsque leur famille a un style éducatif à la fois flexible et chaleureux, les enfants et adolescents seront beaucoup moins influencés par des pairs consommant des substances psychoactives (Mounts et Steinberg, 1995). Ainsi, le milieu proximal d'un enfant ou d'un adolescent (école, groupe de pairs) peut jouer un rôle plus ou moins pathogène ou protecteur. Les conflits, l'isolement, le rejet, ainsi que certains modèles comportementaux à risques seront nocifs. Enfin, la violence dans le milieu scolaire et les problèmes qu'elle induit chez les jeunes sont des thèmes qui préoccupent les institutions éducatives et les pouvoirs publics et qui donnent lieu à un nombre croissant de débats et de recherches.

7.2.2 Le groupe de pairs chez les adultes

Tout au long de la vie, la famille, les amis et camarades procurent à un individu du soutien social (émotionnel, matériel, informatif, d'estime), qui peut affecter notablement l'élaboration de ses stratégies d'ajustement (Cohen, 1992) et atténuer les effets nocifs d'un faible niveau socio-économique sur la santé (Turner et Noh, 1983). On sait qu'une bonne intégration sociale (nombre élevé de liens primaires : partenaire, enfants, parents…) est associée à un risque faible de dépression. Au contraire, la rupture de liens sociaux préexistants (divorce, séparation, décès…) accroît fortement le risque de dépression (Aseltine et Kessler, 1993).

Les individus ayant peu de liens sociaux ont aussi une plus forte réactivité cardio-vasculaire, plus de cholestérol, une activité neuroendocrinienne plus intense et une plus faible immunocompétence (Seeman *et al.*, 1994). L'étude prospective de Berkman et Syme (1979), suivant pendant neuf ans une cohorte de sept mille Américains des deux sexes, a montré que l'intégration sociale joue un rôle protecteur très significatif vis-à-vis du risque de mortalité. Ce sont surtout les hommes qui semblent tirer des bénéfices (psychologiques et physiques) de leur intégration sociale (House *et al.*, 1988a), les femmes semblant plus sensibles à la qualité de leurs relations sociales (Lefler *et al.*, 1986). Beaucoup de travaux montrent les effets pathogènes d'un réseau social insuffisant (isolement, rareté des liens sociaux). Plus que la quantité de relations sociales, ce serait leur qualité qui serait associée à la santé et au bien-être émotionnel (Berkman, 1995 ; Broadhead *et al.*, 1983).

On croit en général que l'environnement social proximal joue un rôle protecteur (Cohen, 1992). La réalité est en fait complexe. En situation expérimentale, la présence de personnes « soutenantes » atténue

la réactivité cardio-vasculaire d'individus confrontés à diverses tâches (Seeman et McEwen, 1996) alors que la présence de personnes qui désapprouvent le sujet induit une augmentation de l'activation des systèmes neuroendocrinien et cardio-vasculaire (Brown et Smith, 1992 ; Gerin *et al.*, 1992).

Si les relations sociales sont source de bénéfices pour l'individu, elles peuvent avoir un coût excessif (demandes d'aide, conflits et critiques répétés). Lorsque les coûts l'emportent sur les bénéfices, la santé de l'individu est menacée. Des relations conflictuelles, des critiques d'un proche, une demande d'aide importante et durable de la part d'autrui (prise en charge, soins), sont des facteurs induisant de la détresse émotionnelle et un risque accru de dépression (Joiner, 1994). Ces relations sont source de stress chronique, qui accroît le risque de morbidité et de mortalité. Le fait d'être un « aidant » familial (s'occuper d'un membre de sa famille malade) est, selon Kiecolt-Glaser *et al.*, (1994), d'un coût émotionnel et physiologique très lourd (moindre immunocompétence, élévation du taux de lipides sanguins et de la réactivité neuroendocrinienne).

Il a certes été observé que les individus à forte intégration sociale sont en meilleure santé, ont moins de comportements à risques (alcoolisme, tabagisme), ont plus de comportements de prévention (examens médicaux) et adhèrent plus facilement à des régimes, sevrages et traitements (Berkman, 1995 ; Broman, 1992 ; Bovbjerg *et al.*, 1995 ; Christensen *et al.*, 1992). Pourtant, le groupe de pairs, source de renforcements, fournit parfois des modèles de croyances, d'attitudes et de comportements pathogènes. Il peut encourager certains comportements à risques chez un individu : l'inciter à boire, à fumer et à ne pas suivre fidèlement une prescription médicale. Le groupe de pairs ne facilite pas toujours l'adoption par un individu des stratégies d'ajustement les plus fonctionnelles (Bolger *et al.*, 1997 ; Coyne et Fiske, 1992). Il peut aussi menacer directement la santé de l'individu (tabagisme passif, violence). Ainsi, le groupe de pairs, chez les enfants et les adolescents comme chez les adultes, n'a pas systématiquement des effets bénéfiques sur leur santé.

7.3 Le milieu familial

Divers déterminants sociaux plus généraux, déjà abordés (ethnie, pays, statut socio-économique…), transitent par la famille, petite communauté, dont le fonctionnement affecte à son tour la santé de ses membres. Elle comprend des personnes ayant des liens de parenté et vivant sous le même toit, mais peut intégrer d'autres personnes proches. Son effet peut être direct

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

(mode de vie, hygiène, alimentation, exposition à substances toxiques comme le tabac) ou indirect (caractéristiques bénéfiques ou nocives du fonctionnement de la famille). Les revues de littérature et les recherches se consacrant à ces facteurs se multiplient actuellement et diverses échelles d'évaluation du fonctionnement familial ont fleuri ces dernières années. Les études ont trait tantôt à des caractéristiques de la famille et à leurs effets, soit à certaines issues (dépressions, suicides, addictions ; qualité de vie, bien-être, santé) et à leurs déterminants familiaux.

7.3.1 Modèles et mesures du fonctionnement familial

Il y a beaucoup de modèles du fonctionnement familial (modèles systémiques, théorie de l'attachement, *modeling*, modèles contextuels…). Selon Bateson (école de Palo Alto), par exemple, la famille est un *système*, ensemble d'éléments en interaction où une modification de l'un d'entre eux entraîne une modification des autres. Les effets de la maladie d'un membre de la famille sur le fonctionnement familial (ajustement optimal ou non d'une famille aux exigences de la maladie et des traitements), par exemple, ont été étudiés d'un point de vue systémique. Cet événement peut altérer l'unité, l'identité et les rôles familiaux (parentification des enfants, infantilisation des parents). Voici quelques outils s'inspirant de ces modèles.

Le *Family Environment Scale* (FES). Le FES a été construit dans les années 1980 à partir d'entretiens avec des familles (Moos et Moos, 2002). La version complète comprend quatre-vingt-dix items, et mesure trois grandes dimensions (et dix sous-dimensions) : les *relations* (cohésion ; verbalisation des émotions ; conflits) ; *l'épanouissement personnel* (indépendance ; accomplissement ; intérêts culturels ; activités sociales et distractives ; valeurs éthiques et religieuses) ; le *maintien du système* (organisation de la famille ; contrôle : responsabilités de chacun et règles familiales). Il en existe une version courte, le FRI (*Family Relationship Index*) évaluant les *relations* et ses trois sous-échelles. Le FES et le FRI ont été utilisés en cancérologie et en néphrologie et une validation française du FRI a été publiée (Untas *et al.*, 2011).

Olson (1985, 2011) a construit dans une perspective systémique la *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES I, II, III et IV), qui mesure la cohésion, la flexibilité et la communication, et permet le diagnostic tridimensionnel du fonctionnement familial (Favez, 2010)[1].

1. Il existe une version française de la FACES-III (Vandeleur *et al.*, 1999). La FACES-IV a été validée par des AFC (Olson, 2011).

La *cohésion* est la force des liens familiaux et le soutien réciproque ; un niveau modéré (équilibre entre fusion et indépendance) joue un rôle protecteur. Plus la cohésion est faible, plus les problèmes sont fréquents (troubles alimentaires, symptômes dépressifs, abus de substances). La *flexibilité* (ou adaptabilité) est le changement de rôles et de règles face à des modifications du contexte ; un niveau modéré (équilibre entre incohérence et rigidité) est bénéfique. La *communication* (information, expression des émotions, écoute, partage) est facilitatrice ; elle permet par exemple de retrouver un équilibre après la survenue d'événements comme une maladie grave de l'un des membres (Olson, 2011). Ces outils ont été utilisés dans des familles où l'un des membres est atteint d'une maladie sévère et dans les thérapies maritales et familiales. Une famille *équilibrée* s'ajusterait mieux que les autres aux événements aversifs (Favez, 2010).

Certains auteurs ont appliqué la théorie de l'attachement de Bowlby à la compréhension des facteurs familiaux affectant la santé et la maladie. L'attachement *anxieux* est la peur d'être abandonné ou rejeté et un besoin excessif d'approbation. L'attachement *évitant* se caractérise par la peur de la dépendance et de l'intimité avec autrui et par un besoin excessif d'autonomie. Des scores élevés sur une ou deux de ces dimensions signalent un attachement *insecure*, des scores bas signalant un attachement *secure*. Le type d'attachement peut être évalué grâce à l'ECRS (*Experience in Close Relationship Scale*), version à 12 items, validée par Wei, Russell, Mallinckrodt et Vogel (2007), qui a des qualités psychométriques satisfaisantes. Une version de l'ECRS pour enfants et adolescents est également disponible (Brenning, Soenens, Braet et Bosmans, 2011).

McWilliams et Bailey (2010) rapportent des résultats plaidant en faveur d'une relation entre le type d'attachement (secure/insecure, anxieux et évitant) et divers troubles somatiques. Leur enquête a été menée sur 5 645 adultes américains et comprend une mesure du *type d'attachement* (échelle de Hazan et Shaver, 1987) et de quinze issues de santé. L'attachement *évitant* s'avère associé à un dysfonctionnement du système nerveux autonome (SNA) et à des douleurs, l'attachement *anxieux* à des ulcères, douleurs chroniques et problèmes cardio-vasculaires (hypertension, infarctus). L'attachement *insecure* correspond à des difficultés d'ajustement à divers problèmes de sensibilité au stress, de régulation des affects par consommation de substances et à des difficultés à solliciter du soutien et à suivre un avis médical. Chez les diabétiques, un attachement *insecure* est associé à une faible observance et à une glycémie élevée. Des perspectives de recherches intéressantes sur les liens entre attachement et problèmes de santé somatique sont ouvertes.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Il existe d'autres approches du fonctionnement familial appliquées aux comportements de santé et à la maladie, comme celle du *modeling* (Chen et Paterson, 2006). Selon celle-ci, les croyances et comportements de certains membres de la famille peuvent servir de modèles pour d'autres. Dans une étude longitudinale de cent soixante-treize dyades mère-fille, Lori et Birch (2005) montrent que la préoccupation excessive des mères vis-à-vis de leur propre poids est un facteur de risque pour le développement de troubles des conduites alimentaires (restriction notamment) chez leurs filles. Diverses études ont montré à quel point la famille (parent, aînés) influence les croyances et comportements de santé des enfants, ce qui étaye l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle des comportements sains ou à risques.

Beaucoup d'aspects du fonctionnement familial ont été décrits, comme, par exemple, la satisfaction des membres, la résolution des problèmes (types, séquences) et les règles (rôle, espace, droits et obligations de chacun), les croyances et les rituels. Ces dimensions sont évaluées par différentes échelles de fonctionnement familial[1]. En psychologie de la santé, on assiste à un développement important des études réalisées sur les familles et sur les couples et la notion de *résilience familiale* (ressources communes élaborées par les membres de la famille) semble une notion tout à fait prometteuse (Becvar, 2013 ; Black et Lobo, 2008).

7.3.2 Quelques facteurs familiaux de risque

Dans la précédente édition de cet ouvrage (Bruchon-Schweitzer, 2002), nous rapportions que le manque de chaleur et de soutien émotionnel, un climat de mésentente, de conflit et de violence étaient associés à des problèmes de santé chez les enfants : retards de croissance, taux élevé de maladies infantiles (Menahem, 1992), anomalies du développement prénatal, symptômes psychosomatiques chez les enfants et adolescents[2]. Ces résultats ont été corroborés par les différentes études et synthèses plus récentes que nous avons consultées, selon lesquelles certaines caractéristiques du fonctionnement familial sont pathogènes pour les enfants et les adolescents : conflits et violence ; carences affec-

1. Le *Mc Master Family Assessment Device* (FAD, Epstein, Baldwin et Bishop, 1983) permet d'évaluer la résolution des problèmes, les rôles, la communication, l'affectivité (expression, implication), les règles, ainsi que le fonctionnement général de la famille. Il en existe une version française. *www.excellenceforchildandyouth.ca/support-tools/measure-profile?id=161*

2. Nous rapportions que les effets de la mésentente conjugale sur la santé future des enfants semblaient aussi importants (sinon plus importants) que ceux du niveau SE (enquête de Menahem sur 4 650 adultes français).

tives, faible soutien et négligences ; style éducatif incohérent ; maladie mentale ou physique grave de l'un des deux parents.

↘ *La violence familiale*

Le facteur de risque familial le plus souvent dénoncé est l'exposition de l'enfant (comme témoin ou victime) aux conflits et à la violence[1]. D'après la méta-analyse de Kitzmann, Gaylord, Holt et Kenny (2003), deux tiers des enfants exposés à la violence conjugale présenteront, entre autres, des perturbations du fonctionnement social, émotionnel et/ou cognitif, des symptômes dépressifs et/ou anxieux et seront en situation d'échec scolaire. Une méga-analyse de Sternberg *et al.* (2006), réalisée à partir de vingt-quatre études, montre que les enfants témoins de violences conjugales présenteront davantage de symptômes physiques, comportementaux, scolaires et cognitifs[2]. Les problèmes sont aussi sévères chez les enfants témoins de violences que chez ceux qui en sont victimes. L'exposition à la violence domestique est considérée comme une forme de maltraitance psychologique.

Une synthèse exhaustive des publications relatives à l'impact de la violence familiale sur les enfants qui en sont témoins a été réalisée par Ovaere, Sardo-Infirri, Touahria-Gaillard et Lévy (2007)[3]. Ces enfants ont un risque accru de présenter divers problèmes tout au long de leur développement : âge préscolaire (troubles du sommeil, incontinence, détresse, irritabilité, immaturité, troubles du langage) ; âge scolaire (difficultés scolaires, problèmes en lecture, troubles de l'attention) ; adolescence (faible estime de soi, états dépressifs et/ou anxieux, tendances suicidaires, addictions, comportements délictueux, grossesses juvéniles) ; âge adulte (faibles compétences sociales et cognitives, isolement, comportements agressifs, reproduction ultérieure des comportements parentaux comme auteur ou victime).

↘ *La maltraitance vis-à-vis des enfants*

C'est un sujet qui a longtemps été tabou et sur lequel il y a peu de publications françaises (voir cependant Tursz, 2010). Dans le monde, de 4 % à 16 % des enfants en seraient victimes (tous pays, tous milieux). Les

1. Selon l'Unicef (2006), 275 millions d'enfants sont exposés à la violence domestique.

2. Dans une méga-analyse les données initiales des études empiriques sélectionnées sont vérifiées et complétées, puis on en fait alors la méta-analyse. Dans les méta-analyses classiques, il y a simplement compilation des résultats statistiques des auteurs.

3. Synthèse de cent quatre-vingt-neuf publications, quarante et une revues de littérature, quatre méta-analyses et quatre-vingt-trois études empiriques !

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

enfants maltraités et négligés ont des risques élevés de morbidité et de mortalité. Ils présenteront davantage d'états dépressifs, de tentatives de suicide, d'addiction à des substances, d'obésité, de comportements sexuels à risque et de comportements délictueux (Gilbert, 2009). La maltraitance peut induire des lésions et traumatismes et parfois même le décès de l'enfant.

↘ *Enfants abusés*

Les abus sexuels subis par les enfants induiraient des problèmes multiples et durables : détresse, migraines, asthme, diabète, arthrite, infection par le VIH, problèmes gynécologiques et sexuels, maladies digestives, douleurs et fatigue, styles de vie à risque. Dans une étude (transversale) de Sachs-Ericsson *et al.* (2005), 5 877 adultes américains de 15 à 54 ans ont évoqué leur enfance au cours d'entretiens : 9,5 % d'entre eux ont été abusés quand ils étaient enfants (abus physiques : 2,8 % ; sexuels : 5,3 % ; abus physiques et sexuels : 1,4 %). Les abus (physiques et/ou sexuels) subis pendant l'enfance augmentent (de 1,5 à 2 fois) le risque de présenter ensuite certains problèmes de santé (par exemple, l'addiction à des substances ou des TCA). Wilson et Widom (2008) ont suivi pendant trente ans une cohorte de neuf cents enfants américains abusés sexuellement (et un groupe contrôle de six cent enfants). On note une prévalence supérieure des infections par le VIH et des comportements sexuels à risque (dont la prostitution) dans le premier groupe[1].

Les sujets qui ont été abusés pendant leur enfance ont eu plus fréquemment des parents ayant rencontré divers problèmes (troubles psychiatriques, faible niveau d'éducation, conflits, divorces). Leur développement a été perturbé (auto-dévalorisation, sensibilité au stress, stratégies de coping inefficaces, isolement social, dysfonctionnement de divers systèmes physiologiques), ce qui les a rendus plus vulnérables à toute une gamme de troubles psychiques et somatiques. La maltraitance des enfants prépare l'exclusion et la délinquance des futurs adolescents et adultes.

Gewirtz et Edleson (2007) se sont intéressés aux enfants exposés à la violence et qui ont pu, malgré tout, se développer normalement. Certains facteurs, individuels, familiaux et communautaires les auraient protégés : enfants ayant une personnalité optimiste, des compétences sociales et/ou intellectuelles ; une mère équilibrée, ayant un sentiment de compétence parentale et leur prodiguant de l'affection ; un attache-

1. Les abus physiques ont (d'après cette étude) des effets délétères équivalents à ceux des abus sexuels.

ment *secure* avec un adulte (famille, éducateurs) ; une communauté leur apportant du soutien social. S'appuyant sur ces divers facteurs, les auteurs proposent divers types d'interventions auprès des familles et en particulier auprès des mères (souvent victimes de la violence, elles aussi) et de leurs enfants.

↘ *Carences et négligences (deficient nurturing)*

L'insuffisance ou l'absence de soutien émotionnel et matériel de la part des parents sont aussi décrits comme des facteurs de risque. Les enfants de familles où le père est absent (ou non impliqué) auront plus de problèmes scolaires, de troubles anxio-dépressifs et de comportements anti-sociaux à l'adolescence (Allen et Dally, 2007). Le développement de l'agressivité chez les garçons semble associé à des carences (père absent ou non affectueux ; famille ne procurant ni chaleur affective, ni soutien émotionnel). Les enfants ainsi négligés auront des difficultés à élaborer des stratégies d'ajustement efficaces ; ils subiront davantage l'influence du groupe de pairs et présenteront davantage de comportements sexuels à risques et des addictions à des substances (Repetti et Taylor, 2002)[1].

↘ *Style éducatif*

Des pratiques éducatives inadéquates chez les parents produisent chez les enfants des déficits dans leurs compétences sociales et dans leur ajustement au groupe de pairs et à l'école (Patterson *et al.*, 1989). Un style éducatif soit très autoritaire (les parents interdisant certaines choses sans expliquer pourquoi), soit incohérent (selon l'humeur des parents, certaines choses sont tantôt interdites, tantôt permises) est associé à un risque accru d'addiction à des substances chez les adolescents (Denton et Kampfe, 1994 ; Biglan *et al.*, 1995 ; Stice et Barrera, 1995). L'utilisation de drogues par les membres d'une famille (parents, frères et sœurs) accroît le risque d'addiction chez l'adolescent (Denton *et al.*, 1994). Si des facteurs génétiques jouent un rôle dans la dépendance tabagique (Rowe et Linver, 1995), la consommation de substances est due également à l'influence de facteurs environnementaux et surtout familiaux (tabagisme, incitation à fumer) (in Gilliard et Bruchon-Schweitzer, 2001).

Bond *et al.* (2005) ont examiné sur plus de 8 900 adolescents australiens les facteurs de risque et de protection contre la dépression et

1. Dans les familles n'apportant ni affection ni soutien, les enfants et adolescents élaborent davantage de stratégies émotionnelles (colère, anxiété) face à l'adversité. Adultes, ils continueront à utiliser ces réponses inefficaces et coûteuses (surtout au niveau cardio-vasculaire).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

les addictions à des substances chez les ados. Les facteurs de risque familiaux sont : un climat conflictuel, une histoire familiale antisociale, une gestion incohérente de la famille et l'absence totale de discipline. Ceci recoupe le fait rapporté plus haut selon lequel des niveaux extrêmes de flexibilité familiale (incohérence et chaos d'une part, rigidité, d'autre part) sont nocifs pour les enfants et adolescents (Olson, 2011).

↘ *La maladie d'un membre de la famille*

Si l'un des deux parents malades présente des troubles (état dépressif, alcoolisme, etc.), cela affecte la santé de tous les membres de la famille (qualité de vie, symptômes anxio-dépressifs) et notamment celle des aidants familiaux. D'après une méta-analyse de seize études (Cabizuca, Marques, Mendlowicz, Coutinho et Figueira, 2009), les parents d'enfants atteints de maladies chroniques présentent une prévalence élevée d'états de stress post-traumatique (environ 29 %). L'état dépressif des parents (chez la mère en particulier) peut être un facteur de risque pour les enfants en raison d'attitudes qui peuvent lui être associées (irritabilité, critiques systématiques, négativisme, tentatives de contrôle et comportements intrusifs, absence d'attention), inadéquates par rapport aux besoins de l'enfant (Downey et Coyne, 1990). D'après certaines revues plus récentes, les enfants de parents déprimés ont beaucoup plus de risques que les autres de présenter des troubles dépressifs, des troubles mentaux, des retards scolaires, des relations sociales perturbées et une faible estime de soi (England et Sim, 2009).

Les effets nocifs de la dépression maternelle postnatale sur le développement de l'enfant ont été largement étudiés. Ils sont médiatisés par des distorsions cognitives chez les mères (évaluations négatives du bébé et de soi) et par des attitudes inappropriées (absence d'empathie, interactions intrusives). Les mères peuvent s'avérer incapables de comprendre les besoins de l'enfant et de l'aider à réguler ses émotions. Les bébés sont alors souvent très irritables ; tout ceci compromet sérieusement un attachement mère-enfant de type *secure*. Les parents devraient absolument recevoir le soutien de professionnels de santé en cas de dépression postnatale, celle-ci pouvant avoir des répercussions à long terme sur la mère et sur l'enfant (Razurel et Bruchon-Schweitzer, 2011 ; Williamson et McCutcheon, 2004).

En cas de maladie somatique grave de l'un des parents, des problèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs ont été observés

chez les enfants et chez les adolescents qui, parfois, doivent assumer des rôles parentaux (et chez qui des états de stress post-traumatique ont été observés). Dans une étude de Gazenda-Donofrio *et al.* (2008), la FES (Family Environment Scale) a été administrée à cent trente-huit patients ayant eu un cancer, à leur conjoint et à leurs adolescents ; si ces familles « fonctionnent » bien (expression des émotions, cohésion, absence de conflits, bonne organisation), cette situation très aversive ne peut durer longtemps sans risques (pour la santé émotionnelle et comportementale de tous et celle des adolescents notamment).

D'après la synthèse qualitative des facteurs familiaux de risque, par Repetti et Taylor (2002), un contexte social défavorisé (niveau socio-économique bas, faible niveau éducatif…) est un facteur familial de vulnérabilité qui peut agir en interaction avec des facteurs de risque génétiques. Sous l'effet conjugué de ces facteurs, certaines caractéristiques du fonctionnement familial ont une forte probabilité de se développer (conflits, épisodes récurrents de colère et de violence ; froideur et absence de soutien, négligence). Elles sont très nocives pour la santé physique et mentale des enfants et peuvent induire des troubles du contrôle et de l'expression des émotions et des dérégulations physiologiques (axe corticotrope et médullo-surrénalien) ; elles peuvent affecter leurs compétences sociales et favoriser le développement de comportements à risque (addictions par exemple). Les auteurs ont construit un modèle proposant les voies directes et indirectes par lesquelles ces caractéristiques familiales dysfonctionnelles exercent leurs effets (effets en cascade, pouvant être cumulatifs) sur la santé mentale et physique des enfants, ceci à diverses étapes de leur développement (figure 2.5).

Les facteurs familiaux de risque sont résumés par Ovaere *et al.* (2007, p. 47-49) : antécédents socio-économiques et culturels défavorables, histoire familiale chaotique, enfants « difficiles » et ayant de faibles compétences sociales et cognitives. Les auteurs rappellent quelles sont, d'après la littérature, les caractéristiques d'un fonctionnement familial à risque : violence et conflits (physiques, verbaux) ; absence d'affection envers l'enfant et attachement *insecure* ; pratiques éducatives incohérentes ; fragilité parentale (précarité, addictions, maladie…). Ces conditions de vie hautement stressantes induiront chez les enfants des perturbations multiples (émotionnelles, comportementales, sociales, physiologiques), qui menaceront leur santé et leur bien-être (même à long terme). Une fois adultes, ces enfants et adolescents courront davantage le risque de les reproduire (transmission intergénérationnelle).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

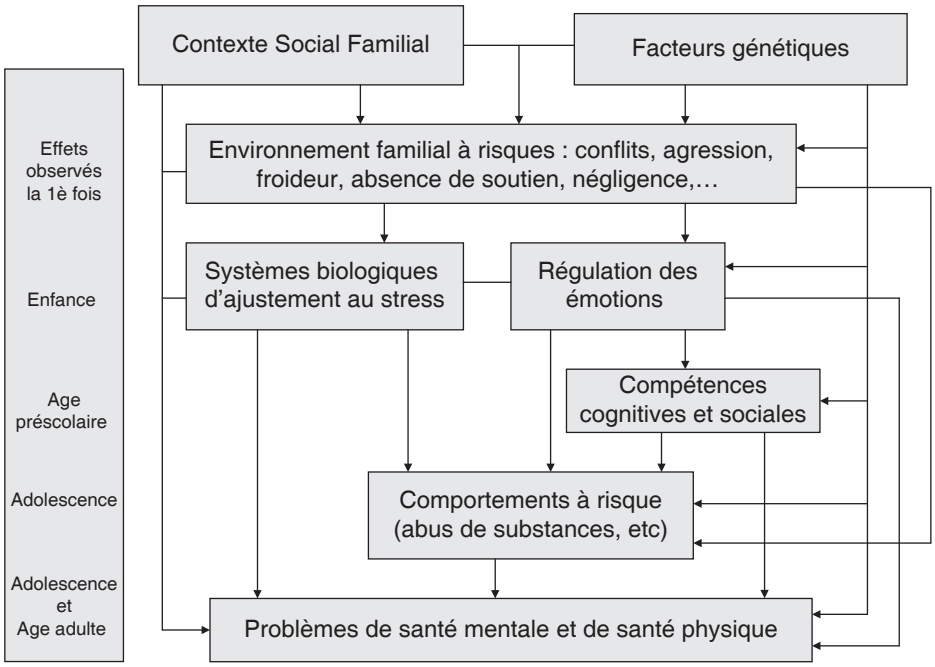


Figure 2.5 – *Modèle des facteurs familiaux de risque (Repetti et Taylor, 2002, p.311). À gauche de haut en bas, figure l'étape de développement approximative où un effet du contexte familial est observé pour la 1ère fois. Le contexte social familial et les facteurs génétiques peuvent influencer directement et indirectement toutes les autres variables du modèle (toutes les flèches ne sont pas représentées ici)*

7.3.3 Quelques facteurs familiaux protecteurs

Dans les familles saines (affection, soutien, flexibilité) les enfants savent qu'ils peuvent compter sur leur entourage et développent un attachement de type *secure*. Ils apprennent à faire face efficacement aux problèmes quotidiens (Davies et Cummins, 1994) et acquièrent des processus de régulation de leurs émotions et des compétences sociales qui leur permettront plus tard, lorsqu'ils seront indépendants, d'être en bonne santé mentale et somatique (Repetti *et al.*, 2002).

Les caractéristiques protectrices du fonctionnement familial les mieux établies sont la *cohésion et* le *soutien* (matériel et affectif). Robbins *et al.* (2003) ont montré dans une population de femmes afro-américaines séropositives que la cohésion et le soutien familial réduisent très significativement leur détresse (et leur taux de cellules CD4). Les familles

apportent en général peu de soutien aux patients séropositifs (induisant honte et stigmatisation) alors que celui-ci leur serait très bénéfique. Bond (2005) a montré chez des adolescents australiens que la cohésion familiale et le renforcement des comportements prosociaux les protègent contre le risque de dépression et d'addiction.

DiMatteo (2004) a fait la méta-analyse de cent vingt-deux études publiées sur l'effet du soutien familial sur l'observance d'un régime alimentaire par des patients. Elle révèle les effets significatifs du soutien familial, de la cohésion, d'un climat non conflictuel (proximité, affection) et du fait de vivre ensemble (plutôt que seul) sur l'adhésion thérapeutique des patients. Le soutien familial est bénéfique de plusieurs façons : il atténue le stress (surtout chez les sujets vulnérables) et il renforce l'optimisme et l'estime de soi des patients[1].

Quelques autres caractéristiques du fonctionnement familial jouent un rôle protecteur comme la flexibilité, processus selon laquel une famille s'ajuste aux changements tout en restant cohérente (par exemple, lorsque les enfants ont grandi, ils peuvent donner leur avis sur l'organisation des vacances). Compton, Thompson et Kaslow (2005) explorent différents facteurs psychosociaux prédisant les tentatives de suicide chez des adultes afro-américains pauvres. Ce sont la cohésion (soutien) et la flexibilité familiales, évaluées par la FACES d'Olson *et al.* (1985), qui modèrent le plus l'effet de la pauvreté sur le risque de suicide dans cette population, effets modérateurs persistant même après le contrôle des diverses variables socio-économiques.

Dans les familles où les enfants sont exposés à des conflits et à la violence, il a été observé que certains facteurs jouent malgré tout un rôle protecteur : la personnalité de l'enfant, l'efficacité de ses processus d'ajustement à l'adversité et un attachement *secure* à un adulte, la mère en général surtout si celle-ci a une bonne santé mentale, un sentiment de compétence parentale, des sentiments positifs envers l'enfant, d'après Gewirtz et Edleson (2007) et Hugues, Graham-Bermann et Gruber (2001).

Ovaere *et al*. (2007, p. 47-49) ont récapitulé les facteurs familiaux de risque et de protection. Ils rappellent le rôle de divers antécédents de la famille (niveau socio-économique et culturel suffisant) et celui de certaines caractéristiques de l'enfant, comme sa personnalité (optimisme, estime de soi) et ses compétences (cognitives, sociales). Ils font la liste des caractéristiques familiales salutogènes : relations affec-

1. Nous reviendrons (voir *infra*, chap. 6) sur les effets protecteurs du soutien social, et notamment ceux en relation avec le fonctionnement de divers systèmes physiologiques (neuro-immunitaire par exemple).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

tueuses parents-enfants (lien d'attachement *secure*), équilibre émotionnel des parents (santé mentale et sentiment de compétence de la mère) et pratiques éducatives cohérentes. Ils citent en outre quelques facteurs protecteurs complémentaires (famille élargie, groupe de pairs, adultes référents positifs, activités valorisantes pour l'enfant)[1].

Nous conclurons avec Favez (2010) qu'il n'y a pas de modèle idéal du fonctionnement familial. Ce qui est protecteur ou ne l'est pas peut correspondre à des configurations différentes de caractéristiques familiales et dépend des issues considérées. La tâche des professionnels de santé, consistant à repérer dans le fonctionnement familial où se situe l'origine des problèmes rencontrés et à trouver comment renforcer les processus protecteurs, est extrêmement délicate et complexe[2].

7.4 Le couple et la dyade

7.4.1 Santé physique et longévité

Kiecolt-Glaser et Newton (2001) ont publié une synthèse recensant les résultats de soixante-quatre études publiées depuis 1990, selon laquelle les personnes mariées vivent plus longtemps que les autres et sont en meilleure santé, ce qui a été confirmé depuis[3]. Les preuves d'un véritable effet positif du mariage sont limitées : chez les hommes, c'est la santé subjective (santé auto-évaluée) qui est meilleure, chez les femmes, c'est la santé « objective » (notamment la santé cardio-vasculaire). Les relations entre mariage et santé sont complexes, car si le mariage peut affecter la santé des partenaires, il peut aussi être affecté par celle-ci. Un biais de sélection affecte la plupart des études (les individus qui se marient sont en meilleure santé que les autres, car ceux qui ont des problèmes de santé sont moins choisis comme époux). Pour savoir si le mariage affecte la santé, il est nécessaire de mener des études longitudinales en contrôlant l'état de santé initial des futurs conjoints.

Wood, Goesling et Avellar (2007) ont fait la revue des études et synthèses publiées sur les relations entre le mariage, la santé et la longévité,

1. On peut remarquer qu'il manque ici l'expression des émotions (et d'autres formes de communication), si importante pour d'autres auteurs (comme Favez, 2010).

2. Ovaere *et al.* (2010) proposent des interventions auprès des enfants en danger (parfois aussi auprès des mères) afin d'éviter si possible la transmission inter-générationnelle de la violence.

3. Une méta-analyse de 53 études a été réalisée par Manzoli, Villari, Pirone et Boccia (2007) sur l'impact du mariage sur la longévité chez 250 000 sujets âgés (de plus de 60 ans) européens et américains. Les sujets mariés ont un risque relatif de décéder (0,88) bien moindre que celui des autres (1,11 à 1,16), célibataires, veufs ou divorcés.

sélectionnées selon certains critères[1]. Les résultats sont convergents : le mariage a des effets positifs sur la santé et l'espérance de vie. Néanmoins le manque d'études prospectives menées sur des échantillons représentatifs et contrôlant l'effet de la sélection initiale ne permet pas de savoir si le mariage a des effets réellement protecteurs. Il aurait fallu, pour le savoir, étudier par exemple l'effet de certaines transitions matrimoniales (mariage, séparation, divorce, veuvage) sur la santé. Or, on ne dispose que de quelques études montrant les effets dysfonctionnels de la séparation et du veuvage.

Turagabeci, Nakamura, Kizuki et Takano (2007) ont évalué, dans un échantillon de six cents Japonais âgés de 20 à 60 ans la santé autoévaluée, la pression artérielle, le poids et la taille, la structure familiale (seul, couple sans enfants, couple avec enfants, famille élargie), le soutien social perçu et le style de vie (sain/à risques). Les sujets vivant seuls sont plus souvent malades et ont davantage d'hypertension que ceux vivant en famille (même après contrôle du style de vie). Il y a plus de troubles mentaux chez ceux qui vivent seuls ou en couple sans enfants (sauf chez ceux qui ont une personne-ressource, qu'elle soit de la famille ou non). Ainsi, chez les Japonais, la taille de la famille et le soutien social perçu ont des effets fonctionnels.

7.4.2 Santé mentale

D'après Kiecolt et Glaser *et al.* (2001), le fait d'être marié est associé à une meilleure santé mentale. Si, chez les sujets mariés (hommes et femmes), la prévalence des troubles dépressifs est moindre, la séparation et le divorce les accroissent (durablement). Est-ce le fait de vivre une séparation ou le fait de ne pas être marié qui affecte la santé mentale ? Selon Wood *et al.* (2007), la prévalence des symptômes dépressifs décroît lors d'un mariage mais croît en cas de rupture (chez les hommes et les femmes). Il y a moins de troubles dépressifs chez les adultes mariés (mariage stable et durable) que chez les adultes non mariés (de façon stable et durable). Il est difficile de savoir si cela est dû au biais de sélection initiale : les études longitudinales dans lesquelles la santé mentale des populations est évaluée plusieurs fois (à l'inclusion et lors du changement de statut marital) sont en effet rares et donnent des résultats contradictoires.

1. Ces auteurs ont fait la synthèse des résultats des études longitudinales réalisées sur des échantillons américains depuis 1990, consacrées aux relations entre mariage et santé et publiées après des expertises.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

7.4.3 Le biais de sélection initiale

Fisher (2011) utilise des données longitudinales (1984-2008) américaines (*Current Population Survey*) collectées sur environ quatre cent quatre-vingt mille hommes et femmes, dont l'état de santé est évalué à l'inclusion. Les sujets mariés vivent plus longtemps et ont une meilleure santé perçue que les sujets non mariés. Lorsque le biais de la sélection intiale est contrôlé, les bénéfices du mariage pour la santé disparaissent chez les hommes et s'inversent pour la santé auto-évaluée chez les femmes (leur probabilité de se percevoir en mauvaise santé croît de 9 %).

Wu, Penning, Pollard et Hart (2003) ont utilisé les données longitudinales de la Canadian National Health Survey (1994-1995), réalisée pour évaluer l'impact de la cohabitation (couple marié ou non) sur une gamme d'indicateurs de santé physique et mentale d'environ douze mille adultes des deux sexes (leur état de santé initial est contrôlé). Ici, les effets bénéfiques du fait de vivre en couple sur la santé se maintiennent, même après contrôle du niveau initial. Beaucoup d'auteurs comme Wilson et Oswald (2005) estiment qu'un biais de sélection existe, mais que l'effet salutogène du mariage sur la santé reste significatif même lorsqu'il est contrôlé. Les études longitudinales convergent sur ce point, mais les auteurs estiment qu'il reste à comprendre par quelles voies psychophysiologiques s'exercent les effets protecteurs du mariage.

7.4.4 Les comportements sains et à risques

Selon Kiecolt-Galser *et al.* (2001) et Wood *et al.* (2007), le mariage a des effets contrastés sur les comportements de santé. Il s'accompagne d'une réduction de la consommation d'alcool (hommes et femmes) et de cannabis (hommes), mais n'a pas d'effet sur leur tabagisme éventuel. En revanche, les sujets mariés pratiquent en moyenne moins d'activités physiques (les hommes surtout) et ils ont quelques kilos de plus. Ils adoptent davantage de comportements préventifs (dépistages…), ont une meilleure couverture maladie (femmes surtout) et reçoivent davantage de soins médicaux (hommes surtout).

7.4.5 Les chemins menant du mariage à la santé

Quelques hypothèses concernant les effets protecteurs du mariage ont été élaborées. Certaines évoquent le sentiment de sécurité (chaque conjoint sachant qu'il peut recevoir du soutien social en cas de besoin).

Robles et Kiecolt-Glaser (2003) se réfèrent à un modèle stress-soutien-santé pour rendre compte des effets du mariage, le soutien conjugal atténuant en général (mais amplifiant parfois) les effets du stress sur la santé. Graham, Christian et Kiecolt-Glaser (2006) rappellent que le fait d'être marié et d'en être satisfait est associé au fonctionnement optimal de divers systèmes (cardio-vasculaire, endocrinien et immunitaire)[1]. Des relations conflictuelles induisent des affects dépressifs ou hostiles, une augmentation de l'activité cardio-vasculaire, du taux des hormones de stress et une moindre immuno-compétence (Graham, Glaser, Loving, Malarkey, Stowell et Kiecolt-Glaser, 2009), qui affecteront négativement la santé des époux, à moyen et long terme.

7.4.6 La dyade face à la maladie

En ce qui concerne l'ajustement à une maladie, on s'est intéressé tout d'abord au patient puis, plus récemment, aux processus dyadiques élaborés par le « système patient-conjoint » (Berg et Upchurch, 2007). Une maladie chronique sévère affecte souvent les proches autant et parfois plus que le patient lui-même. Un coping dyadique « positif » face à un problème de santé (*i. e.* soutien matériel et émotionnel du partenaire, recherche commune de solutions) s'est avéré généralement salutogène. Lorsque des patientes ont un cancer du sein, un coping dyadique « positif » atténue leur détresse et est associé à des issues plus favorables.

On s'intéresse de plus en plus au vécu dyadique (patient-proche) en cancérologie et en néphrologie (processus élaborés ensemble et par chacun). Certaines échelles permettent d'évaluer l'ajustement dyadique comme la DAS de Spanier (trente-deux items et quatre sous-échelles : consensus, satisfaction, cohésion, expression de l'affectivité) ; elle s'est avérée sensible, fidèle et valide (Graham, Liu, Jeziorski, 2006). Des modèles transactionnels et systémiques existent dans ce domaine : ils incluent par exemple les perceptions et processus mis en place face à la maladie et leurs effets sur diverses issues de santé (patient, proche, dyade), ce qui ouvre la voie à divers types de recherches et interventions (Untas, Koleck, Bruchon-Schweitzer, 2012).

1. Il y a bien longtemps, Gove, Hugues et Briggs-Style (1983) avaient observé que le mariage prédisait le bien-être et une bonne santé mentale (pas seulement le fait d'être marié, mais aussi d'en être satisfait). Les couples malheureux présentent des taux de morbidité et de mortalité supérieurs à ceux des couples heureux (Robles *et al.*, 2003).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

8. Les déterminants sociaux de la santé, synthèse et discussion

Dans ce chapitre, nous avons décrit quelques déterminants sociaux des inégalités de santé, en les classant des plus généraux aux plus spécifiques (structurels, intermédiaires et proximaux). Les déterminants sociaux de la santé des populations ont fait l'objet d'un grand nombre de manifestations internationales et nationales (OMS, 2010, 2011 ; UNDP, 2011 ; INSEE, 2009 ; Observatoire des inégalités, 2009) et de publications scientifiques (plusieurs centaines depuis 2005). Le modèle de l'OMS intégrant les déterminants sociaux de la santé a été très largement cité et utilisé (OMS, 2011a) (voir figure 2.1, page 87). La mise à l'épreuve empirique d'un tel modèle et sa traduction en actions ne vont pas de soi, en raison du nombre de facteurs en jeu et de leurs relations complexes (OMS, 2008).

8.1 Les déterminants structurels généraux

Ils caractérisent les sociétés (contexte politique et économique, politiques de santé, par exemple) Pour la Commission des DSS de l'OMS, des actions internationales et nationales devrons être menées sur ces déterminants structurels, notamment sur leurs aspects les plus pathogènes (Marmot, 2005a et 2005b ; OMS, 2008 ; OMS, 2011a). L'OMS a formulé des objectifs et des propositions d'actions internationales et nationales (OMS, 2009 ; OMS, 2010, OMS 2011a, OMS, 2012b) (voir *supra* § 4.6). Ces actions visent le contexte économique et politique, la gouvernance, les politiques économiques, sociales et de santé et les systèmes de santé, notamment dans les pays les plus démunis.

Les déterminants structurels devraient être *en principe* les mêmes pour tous les membres d'une même société. Pourtant, les moyennes disponibles masquent d'importantes disparités entre groupes sociaux d'un même pays. Dans tous les pays (même riches), nous avons vu que la protection sociale et l'accès aux soins ne sont pas les mêmes pour toutes les catégories d'individus d'une population.

8.2 Les déterminants sociaux intermédiaires

Ils sont stratifiés en catégories : niveau socio-économique, revenu, niveau d'éducation, statut professionnel, ethnie, etc. Le niveau

socio-économique a été considéré longtemps comme *le déterminant fondamental* des inégalités de santé, car les recherches disponibles établissaient sa relation positive avec diverses issues de santé (espérance de vie notamment). Un faible niveau socio-économique est associé à davantage de facteurs de risque (eau, alimentation et habitat malsains, non-accès à des soins médicaux, conditions de vie difficiles), surtout pour ceux qui se situent en deçà du seuil de pauvreté. Les personnes vivant dans des conditions de vie précaires ont plus de maladies, de détresse psychologique, de handicaps et une longévité moindre que celles qui vivent dans de bonnes conditions. Pourtant, le niveau socio-économique n'est pas la seule variable expliquant les inégalités de santé.

Marmot (2001), à partir d'une synthèse de la littérature, suggère que la santé des populations est meilleure dans les pays où l'équité socio-économique est satisfaisante ; il faut selon lui considérer le *revenu relatif* plus que le *revenu absolu* (même à l'intérieur des pays riches). Un statut socio-économique inférieur est certes associé à une moins bonne santé, mais surtout lorsque les inégalités sont fortes (Roy, 2004). La vaste méta-analyse de Kondo *et al.* (2009) a permis d'établir que, au-delà des effets du niveau socio-économique, c'est l'inégalité dans la répartition des richesses qui est pathogène (pour les plus pauvres, mais aussi pour tous les autres). L'approche *contextuelle* des déterminants sociaux de la santé (Pickett *et al.*, 2009) a ouvert des perspectives pour des recherches ultérieures (découvrir les caractéristiques pathogènes des sociétés très inégalitaires).

On a invoqué différents processus collectifs et individuels pour expliquer les effets des inégalités socio-économiques sur la santé. Dans les sociétés les plus égalitaires, la cohésion et la solidarité sociales compenseraient en partie les effets nocifs d'un statut socio-économique faible ; au contraire, l'individualisme et une faible cohésion dans les sociétés inégalitaires les exacerberaient. Dans les sociétés hiérarchisées, les individus de statut inférieur ont un capital social moindre (relations de travail, amis, pouvoir, etc.) et ils dépendent davantage de ceux qui ont un statut supérieur, ce qui peut induire chez eux davantage d'émotions négatives (Gallo et Matthews, 2003), de stress, et moins de contrôle perçu (Adler et Newman, 2002). Plusieurs études montrent que les individus à statut social faible présentent une activation chronique de divers systèmes physiologiques, comme l'axe corticotrope de l'hypophyse (Ghaed et Gallo, 2007), ce qui peut accroître leur risque de diabète, d'hypertension, d'athérosclérose, de maladies auto-immunes et de dépression.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

8.3 Les déterminants sociaux intermédiaires et proximaux

De nombreux facteurs sociaux intermédiaires (communauté, ethnie) et proximaux (groupe de pairs, milieu professionnel, famille) peuvent avoir pour leurs membres des effets plus ou moins pathogènes (ils rendent la vie plus difficile) ou salutogènes (ils peuvent atténuer la nocivité de certains facteurs de risque). Dans certaines régions et pays défavorisés, par exemple, les liens familiaux et la solidarité (*i. e.* entre membres d'une même communauté) peuvent compenser les effets délétères de la pauvreté et de l'exclusion. Ce chapitre a décrit quelques-uns des groupes et collectivités auxquels nous appartenons et les caractéristiques des liens sociaux qu'ils nous procurent : densité, réciprocité, intimité, disponibilité, tonalité positive (solidarité, confiance, amitié) ou négative (conflits, discrimination, harcèlement, etc.). Pour des raisons de clarté, nous présenterons ailleurs ce qui, dans les relations sociales, est élaboré *par les individus eux-mêmes*, comme le *soutien social perçu et* la *recherche de soutien social* (voir *infra*, chap. 6)[1].

Certaines caractéristiques objectives des déterminants sociaux proximaux comme l'*intégration sociale* (ensemble des liens sociaux d'une personne, comprenant des aspects quantitatifs et qualitatifs) ont un effet protecteur (voir *infra*, chapitre 6). La méta-analyse de Holt-Lunstadt *et al.* (2010) montre que les personnes ayant une bonne intégration sociale (largeur et profondeur) vivent plus longtemps (cet effet se maintient après contrôle des facteurs de confusion : âge, genre, durée du suivi, état de santé initial, causes de mortalité).

Plusieurs auteurs ont montré que l'*intégration sociale* (nombre et force des liens sociaux), évaluée par des échelles multidimensionnelles, joue un rôle protecteur non spécifique, direct et indirect (Heaney *et al.*, 2008 ; Uchino, 2006). C'est surtout une faible *intégration sociale* (pas ou très peu de relations sociales) qui est associée à un risque élevé de mortalité (toutes causes). Avoir au moins une relation sociale intime peut suffire à nous protéger ; chez des patients atteints de maladies cardiovasculaires sévères, par exemple, le fait de recevoir du soutien social de la part d'une *personne-ressource* augmente le taux de survie. Les relations

1. Distinguer les caractéristiques objectives des réseaux sociaux auxquels nous appartenons (et ce qu'ils nous procurent, *i. e.* la disponibilité du soutien) et les transactions psychosociales élaborées par les individus (soutien social perçu, recherche de soutien social) est un peu académique, car, la plupart du temps, toutes ces variables sont auto-évaluées.

sociales naturelles (parents, amis) protègent plus efficacement que des relations induites (groupes de patients, soutien par un professionnel)[1].

On s'intéresse de plus en plus, non seulement à la quantité de relations sociales des individus, mais à la qualité de leurs relations. Les études menées depuis les années 1970 montrent que les relations sociales protègent les individus, même les plus vulnérables, à condition qu'elles soient réciproques, confiantes et non conflictuelles. Des interactions sociales négatives (hostilité, méfiance, critiques, conflits, etc.) sont dommageables pour le bien-être psychologique et physiologique : elles sont associées à un risque accru de dépression, de comportements à risques (abus de substances) et de vulnérabilité vis à vis des maladies infectieuses. Or nous avons vu ci-dessus que les groupes et communautés auxquels nous appartenons (ethnie, communauté, quartier, milieu de travail, famille) peuvent nous exposer à des relations sociales très dysfonctionnelles.

8.4 Les déterminants sociaux de la santé : voies et modèles

Ce sont donc surtout le niveau socio-économique et les inégalités socio-économiques qui sont associés à la morbidité et à la mortalité ; peuvent s'y ajouter les effets du pays, de l'ethnie, de la communauté, du quartier, des conditions de vie et de travail et de la famille. Pour les catégories les plus démunies (pays défavorisé, faible niveau socio-économique, minorité ethnique), certains facteurs de risque peuvent se cumuler : conditions de vie difficiles, quartiers exposés à la violence, familles instables n'assurant pas un soutien suffisant, non-emploi ou emploi exigeant et peu contrôlable, difficulté à tisser des liens sociaux.

Les recherches examinées dans ce chapitre suggèrent les voies selon lesquelles les déterminants sociaux pourraient exercer leurs effets sur la santé : exposition à des conditions de vie difficiles et incontrôlables, états de stress et détresse émotionnelle induits, faible sentiment de contrôle, absence de soutien social adéquat, comportements à risques. Des voies biopsychosociales sont suggérées par diverses études : de telles conditions de vie induiraient l'activation répétée de diverses voies (cardio-vasculaire, neuro-endocrinienne, neuro-immunitaire), ce qui,

1. Les interventions des professionnels de la santé et travailleurs sociaux dans les communautés, les minorités défavorisées, les quartiers, les écoles, les organisations, les familles, les couples, ont des effets bénéfiques auprès des sujets vulnérables, surtout quand ces derniers sont fragilisés par l'absence d'un soutien social satisfaisant (Bond, 2012).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

à la longue pourrait fragiliser le fonctionnement de divers organes et systèmes. Vu le nombre de déterminants sociaux de la santé répertoriés et leurs interactions, il semble difficile de mettre à l'épreuve en totalité les modèles existants, très complexes.

« Qu'est-ce qu'un *milieu malsain* et comment pénètre-t-il sous la peau ? » est le titre d'un excellent article de synthèse de Taylor et Repetti (1997). On manque dans ce domaine d'études longitudinales prenant en compte des variables de nature différente (sociales et environnementales, biologiques, psychologiques) et mettant à l'épreuve des chaînes d'imputation causale complètes. Quelques études prospectives menées sur des séquences partielles du modèle des DSS suggèrent que l'insécurité socio-économique, le stress chronique, l'absence de contrôle, l'absence de liens sociaux satisfaisants et des relations sociales conflictuelles sont des facteurs de vulnérabilité, quels que soient l'âge des individus (de la période intra-utérine à la vieillesse), le genre, le pays et l'ethnie. On commence à entrevoir ce que pourrait être un *milieu sain*, qui protégerait les individus contre les facteurs de risque : il combinerait la possibilité d'établir des liens sociaux sûrs (*secures*) avec un sentiment de contrôle personnel et une bonne intégration sociale effective.

Nous avons décrit dans ce chapitre des déterminants sociaux et environnementaux larges pouvant avoir des effets protecteurs ou nocifs *directs* sur la santé (conditions de vie, accès à des services de soins, couverture santé, etc.). Leurs effets peuvent également être *indirects* et transiter par des processus individuels (perceptions, cognitions, émotions, comportements, activations physiologiques), qui les amplifient ou les atténuent : stress perçu, sentiment de contrôle, soutien social, comportements sains ou à risques, stratégies de coping. Ces *processus transactionnels* seront décrits dans le chapitre 6. Ils ne sont cependant pas les seuls facteurs en amont : il existe en effet des déterminants *individuels* de la santé, comme les antécédents socio-biographiques (événements de vie) et sociodémographiques (âge, genre) et les caractéristiques dispositionnelles des individus qui seront abordées dans les chapitres 4 et 5.

Bibliographie

Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen S., Folkman, S., Kahn, R.L., Syme, L. (1994). Socioeconomic Status and Health. The Challenge of the Gradient. *American Psychologist*, 49, 1, 15-24.

Adler N.E., Boyce W.T., Chesney M.A., Folkman S., Syme S.L. (1993). Socioeconomic Inequalites in Health : no Easy Solution. *Journal of American Medical Association,* 269, 3140-3145.

Adler, N.E., Epel, E.S., Castellazzo, G., Ickovics, J.R. (2000). Relationship of Subjective and Objective Health Status with Psychological and Physiological Functioning : Preliminary Data In Healthy White Women. *Health Psychology*, 19, 6, 586-592.

Adler, N.E., Newman, K. (2002). Socioeconomic Disparities in Health : Pathways and Policies. *Health Affairs*, 21, 2, 60-76.

Adler, N.E. Stewart, J. (1999). Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations : Social, Psychological, and Biological Pathways. *Annals of New York Academy of Sciences*, vol. 896, Preface, XIII-XVI.

Adveev, A., Eremenko, T., Festy, P. Gaymu, J., Le Bouteillec, N., Springer, S. (2011). Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010). *Population-F*, 66, 1, 9-133.

Akerboom, S., Maes, S. (2006). Beyond Demand and Control : The Contribution of Organizational Risk Factors in Assessing the Psychological Well-Being of Health Care Employees. *Work and Stress*, 20, 1, 21-36.

Allen, S., Daly, K. (2007). *The effects of Father Involvment : an Updated Research Summary of the Evidence, Centre for Families, Work, and Well-Being*, Ontario, Canada, University of Guelph. *www.fira.uoguelph.ca*

American Association of Physical Anthropology (1996). AAPA Statement on Biological Aspects of Race. *American Journal of Physical Anthropology*, 101, 569-570.

Ashton, C.M., Aldet, P., Paterniti, D.A., Collins, T.C., Gordon, H.S., O'Malley, K., Petersen, L.A., Sharf, B.F., Suarez-Almazor, M.E., Wray, N.P., Street, R.L. (2003). Racial and Ethnic Disparities in the Use of Health Services : Bias, Preferences or Poor Communication. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 146-152.

Aseltine, R.G. et Kessler, R.C. (1993). Marital Disruption and Depression in a Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 237-251.

Auger, N., Park, A. et Harper, S. (2012). Francophone and Anglophone perinatal health : temporal and regional inequalities in a Canadian setting, 1981-2008. *International Journal of Public Health*, 56 (5), 27-38.

Banque mondiale (août 2008). *Policy Research Working Paper*, n° 4703.

Banque mondiale (2011). Espérance de vie à la naissance dans le monde en 2009 et 2011. *www.statistiques-mondiales.com/esperance_de_vie.htm*

Banque mondiale (2012). Groupes de revenu national brut par habitant, méthode Atlas. *http://donnees.banquemondiale.org/income-level/OEC*

Bartlett, J.E., Bartlett, M.E. (2011). Workplace Bullying : An Integrative Literature Review. *Advances in Developing Human Resources*, 13, 1, 69-84.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Beach, C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M.W., Feuerstein, C., Bass, E.B., Powe, N.R., Cooper, L.A. (2005). Cultural Competency : A Systematic Review of Health Care Provider. *Educational Interventions Medical Care*, 43, 4, 356-373.

Beardslee, W., Gladstone, T.R.G., O'Connor E.E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents : a review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 1098-1109.

Becker Cutts, D., Mayers, A.F., Black, M.M., Casey, P.H., Chilton, M., Cook, J.T., Geppert, J., et tinger de Cuba, S., Heeren, T., Coleman, S., Rose-Jacobs, R., Frank, D.A. (2011). US Housing Insecurity and the Health of Very Young Children. *American Journal of Public Health*, 101, 1508-1514.

Becvar, D.S. (2013). *Handbook of Family Resilience*. New York : Springer Science Business Media.

Beham, B, Präg, P. et Drobnič, S. (2008). Working Conditions and Quality of Life in Europe. *Social Indicators Research*, 99, 2, 205-225.

Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (1995). *Tackling Inequalities in Health : An Agenda for Action*. Londres, King's Fund.

Berg, C.A., Upchurch, R. (2007). A Developmental-Contextual Model of Couples Coping with Chronic Illness across the Life-Span. *Psychological Bulletin*, 133, 6, 920-954.

Berkman L.F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.

Berkman L.F., Syme S.L. (1979). Social Networks, Host Resistance, and Mortality : a Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.

Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E., Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining Cultural Competence : A practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118, 293-302.

Biglan A., Duncan T.E., Ary D.V., Smolkowski K. (1995). Peer and Parental Influences on Adolescent Tobacco Use. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 315.

Black, K. et Lobo, M. (2008) A Conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing*, 14, 1, 33-55.

Blanpain, N. (2011). L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *INSEE*, n° 1372. *http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1372*

Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A.D. (1997). Close relationship ad adjustment to a life crisis : the case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 283-294.

Bond, L. Kearns, A. Mason, P., Tannahill, C., Egan, M., Whitely, E. (2012). Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health*, 12, 48, 1-14. *www.biomedcentral.com/1471-2458/12/*

Bond, L., Toumbourou, J.W., Thomas, L., Catalano, R.F., Patton, G. (2005). Individual, Family, School and Community Risk and Protective Factors for

Depressive Symptoms in Adolescents : A Comparison of Risk Profiles for Substance Use and Depressive Symptoms. *Prevention Science*, 6, 2, 73-88.

Bovbjerg, V.E., McCann, B.S., Brief, D.J., Folette, W.C., Retzlaff, B.M. (1995). Spouse support and long-term adherence to lipid-lowering diets. *American Journal of Epidemiology*, 141, 451-460. *et al.*, 1995.

Brach, C., Frasierctor, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial And ethnic Health Disparities ? A Review And Conceptual Model, Medical Care Research and Review, 57, supplement 1, 181-217.

Braveman, P.A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K.S., Metzler, M., Posner, S. (2005). Socioeconomic Status in Health Research. *Journal of the American Medical Association*, 294, 22, 2879-2888.

Brenning, K., Soenens, B., Braet, C., Bosmans, G. (2011). An adaptation of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised for use with children and adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 8, 1048-1072. *Katrijn.Brenning@ugent.be*

Broadhead E.W., Kaplan B.H., James S.A., Wagner E.H., Schoenbach V.J. (1983). The Epidemiologic Evidence for a Relationship between Social Support and Health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.

Broman, C. (1992). Social relationship and heath-related behaviour. *Journal of Behavioural Medicine*, 16, 335-350.

Brotheridge, C.M., Grandey, A.A. (2002). Emotional Labor and Burnout : Comparing Two Perspectives of People Work. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17-39.

Brown P.C., Smith T.W. (1992). Social Influence, Marriage, and the Heart : Cardiovascular Consequences of Interpersonal Control in Husbands and Wives. *Health Psychology*, 11, 88-96.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod 1re éd.

Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Quintard, B., Nuissier, J., Cousson, F., Aguerre, C. (1997). Stress professionnel et santé. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 61-74.

Byron, K. (2005). A Meta-Analytic Review of Work-Family Conflict and its Antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198.

Cabizuca, M., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M.V., Coutinho, E.S.F., Figueira, I. (2009). Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Children With Chronic Illnesses : A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 28, 3, 379-388.

Cambois, E., Barnay, T., Robine, J.M. (2010). Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France. *Retraite et Société*, août 2010, 194-205.

Cass A, Cunningham J, Snelling P, Wang Z, Hoy W. (2003). Urban disadvantage and delayed nephrology referral in Australia. *Health Place*, 9, 175-182.

Carroll D., Davey Smith G., Bennett P. (1996). « Some Observations on Health and Socioeconomic Status ». *Journal of Health Psychology*, 2, 275-282.

Chen, E., Paterson, L.Q. (2006). Neighborhood, Family, and Subjective Socioeconomic Status : How Do They Relate to Adolescent Health. *Health Psychology*, 25, 6, 704-714.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Christensen, A.J., Smith, T.W., Turner, C.W., Holmn, J.W., Gregory, M.C., Rich, M.A. (1992). Family Support, physical impairment, and adherence in hemodialysis. *Journal of Rheumatology*, 9, 780-784.

Cohen S. (1992). « Stress, Social Support, and Disorder ». In H.O. Veiel et U. Baumann (eds.), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York, Hemisphere, 109-124.

Compton, M.T., Thompson, J., Kaslow, N.J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans : The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatric Epidemiology*, 40, 175-185.

Conseil de l'Europe (2005a). Adaptation des services de santé à la diversité culturelle dans une Europe multiculturelle. Exposé des motifs.

Conseil de l'Europe (2005b). Élaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale. *Guide méthodologique*. Strasbourg. *http://book.coe.Int*

Cutler, D.M., Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health : Evaluating Theories and Evidence, National Bureau of Economic Research, Working Paper 12352. *www.nber.org/papers/w12352*

Cornwell, E.Y., Waite, L.J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behaviors*, 50, 1, 31-48.

Corral, I., Landrine, H. (2008). Acculturation and Ethnic-Minority Health Behavior : A Test of the Operant Model. *Health Psychology*, 27, 6, 737-745.

Coyne, J.C., Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T.J. Akamatsu, S.C. Crowther, S.E. Hobfoll et M.A.P. Stevens (eds.), *Family Health Psychology*, Washington (DC), Hemisphere, p. 129-114.

Dab, W. (2012). *Santé et Environnement*. Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n° 3771.

Dahlgren G., Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute of Futures Studies.

Danna, K., et Griffin, R. W. 1999. Health and well-being in the workplace : A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, 357-384.

Davies P.T., Cummings E.M. (1994). Marital Conflict and Child Adjustment : an Emotional Security Hypothesis, *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.

Deaton, A. (2003). Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 41, 113-158.

Deaton, A. (2008). Income, Health, and Well-Being around the World : Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22, 2, 53-72.

Denton R.E., Kampfe C.M. (1994). The Relationship between Family Variables and Adolescent Substance Abuse : a Litterature Review. *Adolescence*, 29, 475-495.

DiMatteo, M.R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment : A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23, 2, 207-218.

Dolan, P., Peasgood, T., White, M. (2008). Do we really know what makes us happy ? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.

Donaldson, S.I. (1995). Peer Influence on Adolescent Drug Use : A Perspective from the trenches of Experimental Evaluation Research. *American Psychologist*, 50, 801-802.

Dowd, J.B., Zajacova, A. (2007). Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US ? *International Journal of Epidemiology*, 36, 1, 1214-1221.

Downey, G., et Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents : An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.

Drobnič, S., Beham, B., Präg, P. (2010). Good Job, Good Life ? Working Conditions and Quality of Life in Europe. *Social Indicators Research*, 99, 205-225.

Duncan, G.J., Daly, M.C., McDonough, P., Williams, DE.R. (2002). Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research. *American Journal of Public Health*, 92, 1151-1157.

Dupret, E., Bocéréan, C., Teherani, M., Feltrine, M. (2012). Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé publique*, 24, 3, 189-207.

Easterlin, R.A. (1974). Does Economic Growth Improve the Human Lot ?, in P.A. David et M.W. Reder, *Nations and Households in Economic Growth : Essays in Honor of Moses Abramovitz*. New York, Academic Press, 1974

Easterlin, R.A. (1999). How Beneficient is The Market ? A Look at the Modern History of Mortality. *European Review of Economic History*, 3, 257-294.

Easterlin, R.A. (2005). Feeding the Illusion of Growth and Happiness : A Reply to Hagerty and Veenhoven. *Social Indicators Research*, 74, 3, 429-443.

Eckersley, R.M. (2007). Culture, Spirituality, Religion and Health : Looking at the Big Picture. *The Medical Journal of Australia*, 186, 10, 54-56.

Editor's Choice (1996). The Big Idea. *British Medical Journal*, 312, 20 avril.

Einarsen, S., Hoeln H., Zapf, D., Cooper, C. (2010). Bullying and Harassment in the Workplace : Developments in Theory. *Research and Practice*, 2e éd., CRC Press.

England, M.J., Sim, L.J. (2009). *Depression in Parents, Parenting and Children : Opportunities to Improve Identification, Treatment and Prevention*, National Academy of Sciences. *http://www.nap.edu*

Epstein, N.B., Baldwin, L.M., Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family, Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 2, 171-180.

Étienne J.-M., Skalli, A. (2003). Health status and socio-economic inequalities : a review of the French litterature. *ERMES*, n° 17.

EUROSTAT (2011). *Demography Report 2010*. European Commission. *http://epp.eurostat.ec.europa.eu/*

Evans, G.W. (2003). The Built Environment and Mental Health, Journal of Urban Health. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80, 4, 536-555.

Falcoff, H. (2010). Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à sa solution ? In L. Potvin, M.J. Moquet et C.M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, 195-208.

Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille. Modèles et instruments d'évaluation*. Mardaga.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Fiscella K., Franks P. (2000). Individual income, income inequality, health, and mortality : what are the relationships ? *Health Services Research*, 35, 307-318.

Fisher, H. (2011). Marriage Penalties, Marriage, and Cohabitation. Working Paper n° 2011-12. University of Sydney. *http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/7884/1/ECON%202011-12.pdf*

Fitchett, G., Rybarczyk, B.D., DeMarco, G.A., Nicholas, J.J. (1999). The role of Religion in Medical Rehabilitation Outcomes. A Longitudinal Study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 4, 333-353.

Fonds Monétaire International, classement des pays par PIB par habitant en 2010. *http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_PIB_(PPA)_par_habitant*

Frenz, P., Vega, J. (2010). Universal health coverage with equity : what we know, don't know, and need to know. Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research. 2010. *www.hsr-symposium.org/images/stories/9coverage_with_equity.pdf*

Gallo, L.C., Matthews, K.A. (2003). Understanding the Association Between Socioeconomic Status and Physical Health : Do Negative Emotions Play a Role ? *Psychological Bulletin*, 2003, 129, 1, 10 -51

Gazendam-Donofrio, S.M., Hoekstra, H.J., Van der Graaf, W.T.A., Van de Wiel, H.B.M., Visser, A., Huizinga, G.A., Hoeskra-Weebers, J.E.H.M. (2007). Family Functioning and Adolescents'Emotional and Behavioral Problems : When a Parent has Cancer. *Annals of Oncology*, 18, 12, 1951-1956.

Gerin W., Pieper C., Levy R., Pickering T.G. (1992). Social Support in Social Interaction : a Moderator of Cardiovascular Reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.

Gewirtz, A.H., Edleson, J. (2007), Young children exposure to intimate partner violence : Toward a developmental risk and resilience framework for research and intervention. *Journal of Family Violence*, 22, 151-163.

Ghaed, S.G., Gallo, L.C. (2007). Subjective Social Status, Objective Socioeconomic Status, and Cardiovascular Risk in Women. *Health Psychology*, 26, 6, 668-674.

Gilbert, R., Spatz Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2008). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet*, 3 décembre.

Gilliard J., Bruchon-Schweitzer M. (2001). Development and Validation of a multidimensional Smoking Behavior Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 89, 499-509.

Glanz, K. (2008). Community and Group Model of Behavior Change, in K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (éd.), *Health Behavvior and Health Education. Theory Research and Practice*. San Francisco, John Wiley and Sons, p. 283-309, 4e éd.

Goodman, E., Adler, N.E., Kawachi, I., Frazier, A. L., Huang, B., et Colditz, G. A. (2001). Adolescents'perceptions of social status : Development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics*, 108, 1-8.

Gornick, M.E. (1999). The Association of Race/Socioeconomic Status and Use of Medicare Services. *Annals of New York Academy of Sciences*, vol. 896, n° special, 497-500.

Gove, W.R., Hugues, M., Briggs-Style, C. (1983). Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-Being of the Individual ? *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122-131.

Graham, JE., Christian, LM. ; Kiecolt-Glaser, JK. (2006). Marriage, health, and immune function : A review of key findings and the role of depression. In Beach, S., Wamboldt, M. (éd.), *Relational Processes in Mental Health*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, Inc.

Graham, JE., Glaser, R., Loving, T.L., Malarkey, W.B., Stowell, J.R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2009). Cognitive Word Use During Marital Conflict and Increases in Proinflammatory Cytokines. *Health Psychology*, 28, 5, 621-630.

Graham, J.L., Liu, Y.J., Jeziorski, J.L. (2006). The Dyadic Adjustement Scale : A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family,* 68, 701-717.

Gravel, S., Battaglini, A. (2000). Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre.

Greenhaus, J.H., Collins, K.M., Shaw, J.D. (2003). The Relation between Work-Family Balance and Quality of Life. *Journal of Vocational Behavior,* 63, 510-531.

Guichard, A., Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, M.J., Moquet, C.M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, section I (p. 39-51), INPES.

Gwatkin, D. (2011). A universal health coverage : friend or foe of health equity ? *The Lancet*, 377, 2160-2161. *http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-228-1.pdf*

Hagerty, M.R., Veenhoven, R. (2003). Wealth and happiness revisited-growing national income does go with greater happiness ? *Social Indicators Research*, 64, 1-27.

Hardy D.F., Power T.G., Jaedicke S. (1993). Examining the Relation of Parenting to Children's Coping with Everyday Stress. *Child Development*, 64, 1829-1841.

Harribey, J.-M. (2010). De la mesure à la démesure, examen critique du rapport Stiglitz. La gratuité, éloge de l'inestimable. *Revue du Mauss*, 35, 63-82.

Hazan, C., et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology,* 52, 511- 524.

Heaney, C.A. (2003). Worksite health interventions : Targets for change and strategies for attaining them. In J.C. Quick et L.E. Tetrick (eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*, 305-323. Washington, DC : American Psychological Association.

Helliwell, J.F., Putnam, R.D. (2004). The Social Context of Well-Being. *Philosophical Transactions of Royal Society*, London B., 359, 1435-1446.

Hirsch, B.J., Dubois, D.L. (1992). The relation of peer social support and psychological symptomatology during the transition to junior high school : a two-year longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 20, 333-347.

Hogstedt, C., Moberg, H., Lundgren, B., Backhans, M. (2008). *Health for all ? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*, Swedish National Institute of Public Health Őstersund.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

House, J.S. (2001). Social Isolation Kills, But How and Why ? *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.

House, J.S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988). Social Isolation and Health. *Science*, 241, 4865, 540-545.

Hughes, H.M., Graham-Bermann, S.A., et Gruber, G. (2001). Resilience in children exposed to domestic violence. In S.A. Graham-Bermann et J.L. Edleson (éd.), *Domestic violence in the lives of children : The future of research, intervention, and social policy* (p. 67- 90). Washington, DC : American Psychological Association.

Hunt, L.M., Schneider, S., Comer, B. (2004). Should « Acculturation » be a Variable in Health Research ? A Critical Review of Research on US Hispanics. *Social Science and Medicine*, 59, 973-986.

Idler, E.L., Benjamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality : a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37

INED (2010). La mortalité infantile dans le monde. *http://www.ined.fr/*

INED (2011) Répartition de la population mondiale en 2012 (source : World PopulationProspects. Nations Unies. 2011). *www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_du_monde/*

INED (2012). Natalité, mortalité, mortalité infantile. *www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/natalite_mortalite_infantile/*

INSEE (2011). Espérance de vie, taux de mortalité et taux de mortalité infantile dans le monde. *www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPTEF02216*

INSEE (2012). *France, portrait social*, rapport de 270 p.

Ising H., Kruppa B. (2004). Health effects caused by noise : Evidence in the literature from the past 25 years. *Noise and Health*, 6, 22, 5-13.

Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.-M., (2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: A cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*, 2008, 372, 2124-2131.

Johnson, R.L., Saha, S., Arbelaez, J.J., Beach, M.C., Cooper, L.A. (2004). Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 101-110.

Joiner, T.E. (1994). *Contagious Depression : existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking.* New York, Wiley, chap. 5., p. 79-100.

Jusot, F. (2004). Mortalité et revenu en France : la construction d'une enquête cas témoins. *Santé Société Solidarité*, 2 : 75-88.

Kahneman, D., Krueger A.B., Schkade D. (2006). Would you be happier if you were richer ? A focusing illusion. *Science*, 312, 1908-1910.

Karasek, R.A. (1979). Job Demands, Kob Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Karasek, R., Theorell T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York, NY, Basic Books.

Karlsen, S. et Nazroo, J. (2011). Religion, ethnicity, and Health Inequalities. In H. Graham (éd.), *Understanding Health Inequalities*, New York : McGraw Hill, p. 103-124 (2e éd.).

Kawachi, I., Berkman, L.F. (2000). Social Cohesion, Social Capital and Health. In L.F. Berkman et I. Kawachi, *Social Epidemiology*, Oxford University Press, p. 174-190.

Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D., Lochner, K., Gupta, V. (1998). Social Capital, Income Inequality, and Firearm Violent Crime. *Social Sciences and Medicine*, 47, 1, 7-17.

Kiecolt-Glaser J.K., Malarkey W.B., Cacioppo J.T., Glaser R. (1994). Stressful Personal Relationships : Immune and Endocrine Function, in R. Glaser et J. Kiecolt-Glaser (éd.), *Handbook of Human Stress and Immunity*, San Diego, Academic Press, 321-339.

Kiecolt-Glaser J.K., Newton, T.L. (2001). Marriage and Health : His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127, 4, 472-503.

Kiecolt-Glaser J.K., Malarkey W.B., Cacioppo J.T., Glaser R. (1994). Stressful Personal Relationships : Immune and Endocrine Function, in R. Glaser et J. Kiecolt-Glaser (eds.), *Handbook of Human Stress and Immunity*, San Diego, Academic Press, 321-339.

Keppel, K.G. (2007). Ten Largest Racial and ethnic Health Disparities in the United States based on Healthy People 2010 Objectives. *American Journal of Epidemiology*, 166, 1, 97-103.

Kim, J.Y., Millen, J.V., Irwin, A., Gershman, J. (2000). *Dying for growth : global inequality and the health of the poor*. Monroe, Common Courage Press.

Kinsella, K., Velkoff, V.A. (2001). *US Census Bureau. An aging world : 2001-series P95/01-1*. Washington, US Government Printing Office.

Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R., Kenny, E.D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence : A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2, 339-352.

Koenig, L.B., Vaillant, G.E. (2009). A Prospective Study of Church Attendance and Health Over the Lifespan. *Health Psychology*, 28, 1, 117-124

Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., Van Dam, R.M., Subramanian, S.V., Yamataga, Z. (2009). Income inequality, mortality, and self-rated health : meta-analysis of multilevel studies. *British Medical Journal*, 339 ; b4471, 1-9.

Kraus, M.W., Piff, P.K., Keltner, D. (2009). Social Class, Sense of Control, and Social Explanation. *Journal of Personality and Social Psychology,* 97, 6, 992-1004.

Krieger, N., Chen, J.T., Waterman, P.D., Rehkopf, D.H., Subramanian, S.V. (2005). Painting a Truer Picture of US Socioeconomic and Racial/Ethnic Health Inequalities : The Public Health Disparities : Geocoding Project. *American Journal of Public Health*, 95, 312-323.

Kunst, A.E., et 15 coauteurs (2005). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European country. *International Journal of Epidemiology*, 34, 295-305.

Kupersmidt, J.B. et Patterson, C.J. (1991). Childhood peer rejection, aggression, withdrawal, and perceived competence as predictors of self-reported behaviour problems in preadolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 427-449.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Kushner, H.I., Sterk, C.E. (2005). The Limits of Social Capital : Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. *American Journal of Public Health*, 95, 7, 1141-1143.

LaFromboise, T.D., Hoyt, D.R., Olivier, L., Whitbeck, L.B. (2006). Family, Community, and School Influences on Resilience among American Indian Adolescents in the Upper Midwest. *Journal of Community Psychology*, 34, 2, 193-209.

Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 327-332.

Lang, T. et Leclerc, A. (2010) Les inégalités sociales de santé en France : portrait épidémiologique. In L. Potvin, M.J. Moquet et C.M. Jones (éd.), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, p. 62-72.

Langevin, V., François, M., Boini, S., Riou, A. (2011). *Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek*, INRS, Documents pour le médecin du travail, 125, 105-110.

Laudet, A.B., Morgen, K., White, W.L. (2006). The Role of Social Support, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowship in Quality of Life Satisfaction among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcohol Treatment Quarterly*, 24, 1-2, 33-73.

Le Coeur, P. (2011), La crise a aggravé le sort des plus démunis. *Le Monde*, 31 août 2011, p. 11 (voir aussi l'entretien avec Louis Maurin, directeur de l'Observatoire des inégalités, auteur de *Déchiffrer la société française*, La Découverte, 2009).

Lederman, D., Loayza, N., Menendez A.M. (2002). Violent Crime : Does Social Capital Matter ? *Economic Development and Cultural Change*, 50, 509-539.

Lee, J.H., Sadana, R. (2011). Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants, The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, WHO. *http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241503037_eng.pdf*

Lefler, A., Krannich, R.S., Gillepsie, D.L. (1986). Contact, Support and Friction : Three Faces of Networks in Community Life. *Sociological Perspectives*, 29, 337-355.

Leon, D.A. (2011). Trends in European Life Expectancy : a salutary view. *International Journal of Epidemiology, 40, 271-277. www.oxfordjournals.org/our_journals/ije/press_releases/freepdf/dyr061.pdf*

Lesage, F.X., Berjot, S., Amoura, C., Deschamps, F., Grebot, E. (2012). Mesure du stress en milieu de travail par des autoquestionnaires validés en français : revue de la littérature, *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 73, 596-606.

Levine, R.S., Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G.A., Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health ? Part 1. A Systematic Review, *The Milbank Quarterly*, 82, 1, 5-99.

Levine, R.S. *et al.* (2003). *Black-White Inequalities in Mortality and Life Expectancy, 1933- 1999 : Implications fort Healthy People 2010*, National Centre for Health Statistics, Hyattsville, US Government Printing Office.

Lori, A.F., Birch, L.L. (2005). Maternal Influences on Daughters' Restrained Eating Behavior. *Health Psychology*, 24, 6, 548-554.

Lourel, M., Gana, K., Wawrzyniak, S. (2005). L'interface vie privée-vie au travail. Adaptation et validation française de l'échelle SWING (Survey Work-home Interaction-Nijmegen). *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11, 227-239.

Lynch, J., Davey Smith, G., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G., Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health ? Part 1. A Systematic Review. *The Milkbank Quarterly*, 82, 1, 5-99.

Macik-Frey, M., Campbell Quick J., Nelson, D.L. (2007). Advances in Occupational Health : From a Stressful Beginning to a Positive Future ? *Journal of Management*, 33, 6, 809-840.

Macinko, J.A., Shi, L., Starfield, B., Wulu, J.T. (2003b). Income Inequality and Health : A Critical Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 60, 4, 407-452.

Macinko, J.A., Starfield, B., Shi, L. (2003a). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38, 831-865.

Macintyre S., Hunt K. (1997). Socio-Economic Position, Gender and Health. *Journal of Health Psychology*, 2, 315-334.

Mackenbach, J.P., Roskam, A.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E., (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 23, 2468-2481.

Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G.M., Boccia, A. (2007). Marital Status and Mortality in the Elderly : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Social Science and Medicine*, 64, 77-94.

Marks D.F., Murray M., Evans B., Willig C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*, chap. 2, The Macro-Social Environment and Health. Londres, Sage, 26-52.

Marmot, M. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health : A response to Lynch. *British Medical Journal*, 322, 1233-1236.

Marmot, M. (2002a). The Influence of Income on Health : Views from an Epidemiologist. *Health Affairs*, 21, 2, 31-46. *http://content.healthaffairs.org/content/21/2/31.full.html*

Marmot, M. (2002b). The Influence of Income on Health : Views of an Epidemiologist. *Health Affairs*, 21, 2, 31-46.

Marmot, M. (2005a). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-1104.

Marmot, M. (2005b). Public health is a social issue. *The Lancet*, 365, 1005-1006.

Maslasch C., Jackson S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 2, 99-113.

McCullogh, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., Thoresen C. (2000). Religious Involvement and Mortality : A Meta-Analytic Review. *Health Psychology*, 19, 3, 211-222. 211-222

McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemploymeent : A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1, 33-76.

McWilliams, L.A., Bailey, S.J. (2010). Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions : Evidence from the National Comorbidity Survey Replication.*Heath Psychology*, 29, 4, 446-453.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Mead, H., Cartwright-Smith, L., Jones, K., Ramos, C., Siegel, B. Woods, K., (2008). Racial and ethnic Disparities in US Health Care : A Chartbook. *The Commonwealth Fund*, n° 1111. *www.cpommonwealthfund.org*

Mechanic, D. (2007). Population Health : Challenges for Science. *The Milbank Quarterly*, 85, 3, 533-559.

Menahem G. (1992). Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance, *Population*, 4, 893-932.

Messner, S.F., Baumer, E.P., Rosenfeld, R. (2004). Dimensions of Social Capital and Rates of Criminal Homicide. *American Sociological Review*, 69, 882-903.

Meyer, I.H., Schwarz, S. (2000). Social Issues as Public Health : Promise and Peril. *American Journal of Public Health*, 90, 8, 1189-1191.

Meyerowitz B.E., Richardson J., Hudson S., Leedham B. (1998). Ethnicity and Cancer Outcomes : Behavioral and Psychosocial Considerations. *Psychological Bulletin*, 123, 47-70.

Michie, S., Williams, S. (2003). Reducing Work Related Psychological Ill Health and Sickness Absence : A Systematic Literature Review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 3-9.

Miller, W.R., Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, Religion, and Health. *American Psychologist*, 58, 1, 24-35.

Minkler, M., Wallerstein, N., Wilson, N. (2008). Improving Health Through Community Organization and Community Building. In K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (eds.), *Health Behavior and Health Education, Theory Research and Practice*, 4e éd., Wiley and Sons, San Francisco. *http://www.ihepsa.ir/files/h1.pdf#page=503*

Miniño, A.M., Xu, J., Kochanek, K.D. (2010). Deaths : Preliminary Data for 2008. *National Vital Statistics Reports*, 59, 2, 1-51. *www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_02.pdf*

Mitchell, R. (2005). Commentary : The decline of death – how do we measure and interpret changes in self-reported health across cultures and time ? *International Journal of Epidemiology*, 34, 306-308.

Moos, R. H., Moos, B.S. (2002). *Family Environment Scale Manual : Development, Applications, Research* (3e éd.), Stanford University Medical Centers, CA.

Moquet, M.J., Lombrail, P. (2010). Systèmes de soin et prévention. Introduction. In L. Potvin, M.J. Moquet, C.M. Jones, *Réduire les inégalités sociales en santé*, p. 191-194.

Moreira-Almeda, A., Neto, F.L., Koenig, H.G. (2006). Religiousness and Mental Health : A Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 3, 242-250.

Morrisson, C., Murtin, F. (2011). Inégalité interne des revenus et inégalité mondiale, Fondation pour les études et recherches sur le développement international, document P26. *http://www.ferdi.fr/uploads/sfCmsContent/html/112/Ferdi-P26*

Mounts, N.S. et Steinberg, L. (1995). An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug abuse. *Developmental Psychology*, 31, 915-922.

Nations Unies (2005), World Urbanization Prospects : The 2005 Revision Population Database. *http://esa.un.org/unup/*

Nazroo J. Y. (2003). The structuring of racial inequalities in health. Economic position, racial discrimination and racism. *American Journal of Public Health*, 93, 2, 277-284.

Nicholson, A., Rose, R., Bobak, M. (2010). Associations between Different Dimensions of Religious Involvement and Self-Rated Health in Diverse European Populations. *Health Psychology*, 29, 2, 227-235.

Niedhammer I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S., 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, 413-427.

Niedhammer, I., Chastang J.-F., Gendrey L., David S., Degioanni S (2007). Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : et ude méthodologique à l'aide de l'enquête SUMER. *Travailler*, 1, 17, 47-70. *www.cairn.info/revue-travailler-2007-1-page-47.htm*

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.

Notelaers, G., Einarsen, S., De Witte, H., Vermunt, J.K. (2006). Measuring Exposure to Bullying at Work : The Validity and Advantages of The Latent Class Cluster Approach. *Work and Stress*, 20, 4, 288-301

Observatoire des Inégalités (2008). La pauvreté dans le monde. *www.inegalites.fr/spip.php?article381*

Observatoire des Inégalités (2009). Les différences d'espérance de vie dans le monde. *www.inegalites.fr/spip.php?article515*

Observatoire des Inégalités (2011). Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales, 6 octobre 2011. *http://www.inegalites.fr/spip.php?article377&id_mot=99*

Observatoire des inégalités (2012). Les inégalités en France 2012. *Alternatives économiques*, août 2012, n° spécial.

OCDE (2001). *The Well-Being of Nations : the Role of Human and Social Capital*. Paris, OCDE, Centre for Educational Research and Innovation.

OCDE (2008). Growing inequal. Income distribution and Poverty in OECD Countries. *www.oecd.org/bookshop/*

Olson, D.H., McCubbin, H.I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., Wilson, M. (1985). *Family Inventories : Inventories Used in a National Survey of Families Across the Family Life Cycle*. St. Paul, Family Social Science.

Olson, D. H. (2011). FACES IV and the circumplex model : Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3, 1, 64-80.

O'Mahony, J.M., Donnelly, T.T. (2007). The Influence of Culture on Immigrant Women's Mental Health Care Experiences from the Perspective of Health Care Providers. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 453-471.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Omran, A.R. (2005). The Epidemiologic Transition : A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83, 4, 731-757.

OMS (2008). *Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report. Genève. *www.who.int/social_determinants/fr/index.html*

OMS (2009). *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé*. Résolution de la 62e assemblée mondiale de la santé. Genève, mai 2009. *http://www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_fi*

OMS (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf*

OMS (2011a). *Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Tous pour l'équité*. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la Santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 oct. 2011. *www.who.int/social_determinants/en/*

OMS (2011b). *Principales causes de décès dans le monde. Aide-mémoire* n° 310, juin 2011. *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html*

OMS (2012a). *Statistiques sanitaires mondiales*. Brochure de 180 pages. *www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2012_Full.pdf*

OMS (2012b). *Objectifs du Millénaire pour le développement 2015. Éliminer la pauvreté, c'est possible. http://www.un.org/fr/millenniumgoals/*

OMS (2013). *Statistiques sanitaires mondiales.* Brochure de 176 pages.

Ovaere, F., Sardo-Infirri, S., Touahria-Gaillard, A., Lévy, J.-M. (2007). *L'impact de la violence conjugale sur les enfants. Revue critique de littérature*. ONED, Rapport Final, ACTEA. *http://actea.reseausocial.net/public/rapports/rapport07_ovaere07.pdf*

Paradies, Y. (2006). A Systematic Review of Empirical Research on Self-reported Racism and Health. *International Journal of Epidemiology*, 35, 888-901.

Patterson G.R., Debaryshe B.D., Ramsey E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

Patychuk, D. (2011), *Équité en matière de santé et groupes racialisés. Recensement des écrits*. Toronto, Nexus Santé et Conseil sur l'équité en matière de santé. *www.healthequitycouncil.ca*

Pickett, K.E., Wilkinson, R.G. (2009). Greater equality and better health. *British Medical Journal*, 339, b4320, 1154-1157.

Plan National Santé-Environnement (2009-2013). *www.sante.gouv.fr/deuxieme-plan-national-sante-environnement-pnse2-2009-2013.html*

Pollack, C.E., Chideya, S., Cubbin, C., Williams, B., Dekker, M., Braveman, P. (2007). Should Health Studies Measure Wealth ? A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, 3, 250-264.

Potvin, L., Moquet, M.J., Jones, C.M. (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, Santé en action. *http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf*

Plavinski, S.L., Plavinskaya, S.I., Klimov, A.N. (2003). Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s : prospective cohort study. *British Medical Journal*, 326, 1240-1242.

Prüss-Ustün, A. et Corvalán, C. (2007). How much Disease Burden can be prevented by Environmental Interventions ? *Epidemiology*, 18, 1, 167-178.

Putnam, R.D., (1993). *Making democracy work*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Putnam, R.D., (2000). Bowling Alone : *The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon et Schuster.

Rasanathan K. Montesinos, E.V., Don Mateson, C.E., Evans, T. (2011). Primary health care and the social determinants of health : essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 8, 656-660.

Rascle, N. et Bruchon-Schweitzer (2006), Burnout et santé des personnels : Déterminants et prises en charge, in A. El Akremi, S. Guerrero, J.-P. Neveu (éds.), *Comportement organisationnel*, vol. 2, Bruxelles, De Boeck, chap. 10, p. 289-311.

Rauh, V.A., Landrigan, P.J., Claudio, L. (2008). Housing and Health. Intersection of Poverty and Environnemental Exposures. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1136, 276-288.

Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., Epiney, M. (2011). Stressful events, social support, and coping strategies of primiparous women during the postpartum period : A qualitative Study. *Midwifery*, 27, 237-242.

Repetti R.L., McGrath E.P., Ishikawa S.S. (1996). Daily Stress and Coping in Childhood and Adolescence. In A.J. Goreczny et M. Hersen (éd.), *Handbook of Pediatric and Adolescent Health Psychology*, New York : Allyn and Bacon.

Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky Families : Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 2, 330-366.

Richman, L.S., Bennett, G.G., Pek, J., Siegler, I., Williams, R.B. (2007). Discrimination, Dispositions, and Cardiovascular responses to Stress. *Health Psychology*, 26, 6, 675-683.

Robbins, M., Szapocznik, J., Tejeda, M., Samuels, D., Ironson, G., Antoni, M. (2003). The Protective Role of the Family and Social Support Network in a Sample of HIV – Positive African American Women, : Results of a Pilot Study. *Journal of Black Psychology*, 29, 1, 17-37.

Robine, J.-M. (2012). Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays de l'Union Européenne, INED. *www.ined.fr/fichier/t_presse_fichier/51/fichier_fichier_fr_cp_du_17_04_2012_evsi_inserm_ined.pdf*

Robles, T.F., Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). Physiology of Marriage : Pathways to Health. *Physiology and Behavior*, 79, 3, 409-416.

Rose, D. Pevalin, D.J. (2003). *A Researcher's Guide to the National Statistics Socio-Economic Classification*. Londres, Sage.

Roy, J.-P. (2004). Socioeconomic Status and Health : A Neurobiological Perspective. *Medical Hypotheses*, 62, 222-227.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Rowe, D., et Linver, M. (1995). Smoking and addictive behaviors : Epidemiological, individual, and family factors. In J. Turner et L. Cardon (eds.), *Behavior genetic approaches in behavioral medicine : Perspectives on individual differences* (p. 67-84). New York : Plenum.

Sachs-Ericsson, N., Blazer, D., Plant, E.A., Arnow, B. (2005). Childhood Sexual and Physical Abuse and the 1-Year Prevalence of Medical Problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychology*, 24, 1, 32-40.

Sacks, D.W., Stevenson, B., Wolfers, J. (2012). The New Stylized Facts About Income and Subjective Well-Being. *Emotion*, 12, 6, 1181-1187.

Saha, S., Arbelaez, J.J., Cooper, L.A. (2003). Patient-physician Relationship and Racial Disparities in the Quality of Health Care. *American Journal of Public Health*, 93, 1713-1719.

Sandler, I.N., Miller, P., Short, J., Wolchik, S. (1989). Social Support as a Protective Factor for Children in Stress. In D. Belle (ed.), *Children's Social Networks and Social Support*, New York, Wiley, p. 277-304.

Seeman, T.E., Berkman, L.F., Blazer, D., Rowe, J. (1994). Social Ties and Support and Neuro-endocrine Function : Mac Arthur Studies of Successful Aging. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 95-106.

Seeman, T.E., McEwen, B.S. (1996). Social Environment Characteristics and Neuroendocrine Function : The Impact of Social Ties and Support on Neuroendocrine Regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58, 459-471.

Sen, A.K. (2002). Why Health Equity ? *Health Economics*, 11, 659-666.

Senik, C. (2009). Peut-on dire que les Français sont malheureux ? École d'économie de Paris, Working Paper n° 2009-44.

Siegler, I.C., Peterson, B.L., Barefoot, J.C., et Williams, R.B. (1992). Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at midlife. *American Journal of Epidemiology*, 138, 2, 146-154

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-43.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work : European Comparisons. *Social Science and Medicine*, 58, 1483-1499.

Sifakis, Y., Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M. (1999). L'Inventaire de stress professionnel de C.D. Spielberger (*Job Stress Survey*) : une adaptation française. *Psychologie et Psychométrie*, 20, 1, 5-23.

Solar, O., Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion*, WHO, 2010, Paper 2 (*Policy and Practice*). *www.who.int/sdhconference/discussion_paper*

Stansfeld, S., Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health : a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32, 6, 443-462.

Starfield, B. et Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health : an international perspective. *Health Policy*, 60, 201-218.

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Caare to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83, 3, 457-502.

Steiler, D., Paty, B. (2009). Developing a French Version of the Occupational Stress Indicator (OSI). *European Review of Applied Psychology*, 59, 113-122.

Steptoe, A., Feldman, P.J., Kunz, S., Owen, N., Willemsen, G., Marmot, M. (2002). Stress Responsivity and Socioeconomic Status. *European Health Journal*, 23, 1757-1763.

Sternberg, K.J., Baradaran, L.P., Abbot, C.B., Lamb, M.E., Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behaviour problems : A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89-112.

Stice, E. et Barrera, Jr. (1995). A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents'substance use and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 31, 2, 322-334.

Stiglitz, J.E., Sen, A., Fitoussi, J.-P. (2009). Performance économique et progrès social. Rapport intégral, INSEE. *www.stiglitz-sen-fitoussi.fr*

Subramanian, S.V., Kawachi, I. (2004). Income Inequality and Health : What have we learned So Far ? *Epidemiologic Reviews*, 26, 78-91.

Sudano, J.J., Baker, D.W. (2006). Explaining US Racial/Ethnic Disparities in Health Declines and Mortality in Late Middle Age : The roles of Socioeconomic Status, Health Behaviors, and Health Insurance. *Social Science and Medicine*, 62, 909-922.

Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*, New York, McGraw Hill.

Taylor S.E., Repetti R.L., Seeman T. (1997). Health Psychology : what Is an Unhealthy Environment and how Does It Get under the Skin ? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.

Toussaint, J.-F., Swynghedauw, B., Bœuf, G. (2012). *L'homme peut-il s'adapter à lui-même ?* Quae. *www.quae.com/fr/r2043-l-homme-peut-il-s-adapter-a-lui-meme-.html*

Turagabeci, A.R., Nakamura, K., Kizuki, M., Takano, T. (2007). Family Structure and Health, How Companionship Acts as a Buffer against Ill Health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 61, 1-9.

Turner, R.A., Irwin, C.E., et Millstein, S.G. (1991). Family structure, family processes, and experimenting with substances during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 1, 93-106.

Turner, R.J., Noh, S. (1983). Class and psychosocial vulnerability among women : the significance of social support and personal control. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 2-15.

Tursz, A., (2010). *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Le Seuil.

Uchino, B. (2006). Social Support and Health : A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 2006, 29, 377-387.

Unicef (2006). Behind closed doors. The impact of domestic violence on children. Document n° 50. www.un.org/esa/coordination/Alliance/Annual_Report_2006.pdf

United Nations Development Programme (2011). *Human Development Report, Sustainability and Equity : A better future for all. http://hdr.undp.org*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie Française*, 57, 97-110.

Untas, A., Rascle, N., Cosnefroy, O., Borteyrou, X., Saada, Y., Koleck, M. (2011). Qualités psychométriques de l'adaptation française du Family Relationship Index. *L'Encéphale*, 37, 110-118

Valach L., Young R.A., Lynam J. (1996). Family Health-Promotion Projects. An Action Theoretical Perspective. *Journal of Health Psychology*, 1, 49-63.

Vallin, J., Meslé, F. (2010). Espérance de Vie : peut-on gagner trois mois indéfiniment ? *Populations et Sociétés*, 473, INED, décembre 2010, 1-5.

Vandeleur, C.L., Preisig, M., Fenton, B.T., Ferrero, F. (1999). Construct validity and internal reliability of a French version of the FACES III in adolescents and adults. *Swiss Journal of Psychology*, 58, 3, 161-169.

Van Rossum, C., Shipley, M.J., van de Mheen, H., Grobbee, D.E. Marmot, M.G. (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow-up civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiological Community Health*, 54, 178-184.

Van Ryn, M., Fu, S.S. (2003). Paved with Good Intentions : Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health ? *American Journal of Public Health*, 93, 2, 248-255.

Veenhoven, Hagerty, M. (2003). Wealth and Happiness Revisited : Growing wealth of nations does go with greater happiness. *Social Indicators Research*, 64, 1-27.

Vess, M., Arndt, J., Cox, C.R., Routledge, C. (2009). Exploring the Existential Function of Religion : The Effect of Religious Fundamentalism ad Mortality Salience on Faith Based Medical Refusals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97-2, 334-350.

Waddell, G., Burton A.K. (2006). Is work good for your health and well-being ? *The Stationary Office. www.tsoshop.co.uk www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you-exec-summ.pdf*

Wagstaff A, van Doorslaer E. (2000). Income inequality and health : what does the literature tell us ? *Annual Review of Public Health*, 21, 543-567.

Walter, H.J., Vaughan, R.D., Gladis, M.M., Ragin D.F., Kasen, S., Cohall, S.T. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviours among high school students in an AIDS epicentre. *American Journal of Public Health*, n° 82, 528-532.

Watt, S., Norton, D. (2004). Culture, ethnicity, Race : What is the Difference ? *Pediatric Nursing*, 16, 8, 37-42.

Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B., Vogel, D.L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form : Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 2, 187-204.

WHO, World Health Report (2003). *Shaping the future*. Geneva : World Health Organization. *http://www.who.int/whr/2003/en/whr03*

WHO (2011). Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 19-21 octobre 2011. *www.who.int/social_determinants/en/, www.who.int/sdhconference/en/#*

WHO (2012). Enfants : réduire la mortalité. *Aide-mémoire* n° 178. Septembre 2012. *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/index.html*

Williams, D.R. (1999). Race, Socioeconomic Status, and Health. The Added Effects of Racism and Discrimination. *Annals of New York Academy of Sciences*, 896, 173-188.

Williams D.R., Collins C. (1995). US Socioeconomic and Racial, Differences in Health : Patterns and Explanations. *Annual Review of Sociology*, 21, 349-386.

Williams, D.R., Braboy-Jackson, P. (2003). Social Sources of Racial Disparities in Health. *Health Affairs*, 24, 2, 325-334

Williamson V., McCutcheon H. (2004). Postnatal depression : a review of current literature. *Australian Journal of Midwifery*, 17, 4, 11-16.

Wills T.A. (1985). Supportive Functions of Interpersonal Relationships. In S. Cohen, S.L. Syme (eds.), *Social Support and Health*, New York, Academic Press, 61-82.

Wills T.A., McNamara G., Vaccaro D. (1995). Parental Education Related to Adolescent Stress-Coping and Substance Abuse : Development of a Mediational Model. *Health Psychology*, 14, 464-478.

Wilson, C.M., Oswald, A.J. (2005). *How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health ? A Survey of the Longitudinal Evidence*. Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn (Germany). Discussion Paper n° 1619.

Wilson, H.W., Spatz Widom, C. (2008). Examination of Risky Sexual Behavior and HIV in Victims of Child Abuse and Neglect : A 30-Year Follow-Up. *Health Psychology*, 27, 2, 149-158.

Wilson, M.G., DeJoy, D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., McGrath, A.L. (2004). Work Characteristics and Employee Health and Well-Being : Test of a Model of Healthy Work Organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.

Wood, R.G., Goesling, B., Avellar, S. (2007). *The Effects of Marriage on Health : A Synthesis of Recent Research Evidence*. Department of Health and Human Services, Office of Human Services Policy, Mathematica Policy Research Inc., Princeton (NJ). *http://aspe.hhs.gov/hsp/07/marriageonhealth/report.pdf*

Wu, Z., Penning, M.J., Pollard, M.S., Hart, R. (2003). In Sickness and in Health, Does Cohabitation Counts ? *Journal of Family Issues*, 24, 811-838.

Yamey, G. (2008). Excluding the Poor From Accessing Biomedical Literature : A Rights Violation that impedes Global Health. *Health and Human Rights*, 10, 1, 21-42. *www.hhrjournal.org*

Zajacova, A., Dowd, J.B. (2011). Reliability of Self-Rated Health in US Adults. *American Journal of Epidemiology*, 174, 8, 977-983. *http://aje.oxfordjournals.org/*

Chapitre 3

LA PERSONNALITÉ COMME FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ

Sommaire

1. Type A, type B et risque cardio-vasculaire 199
2. Le type D et la propension à la détresse 204
3. Type de personnalité et oncogenèse 208
4. L'hostilité, la colère, l'agressivité et le risque cardio-vasculaire 218
5. L'alexithymie et les maladies psychosomatiques 228
6. Le névrosisme 234
7. L'anxiété 238
8. La dépression 241
9. L'affectivité négative 251
10. Aspects nocifs de la personnalité, conclusion 259
Bibliographie 261

La vulnérabilité des individus face aux situations aversives pose la question des terrains sous-jacents, biologique et psychologique (Consoli, 2006). Le terrain psychologique correspond aux caractéristiques stables de la *personnalité* et aux *styles comportementaux* habituels. La « personnologie épidémiologique » est un domaine suscitant un regain d'intérêt (Deary, 2010). On peut distinguer les approches générales concernant les facteurs de personnalité accroissant (ou diminuant) la vulnérabilité globale vis-à-vis des maladies et les approches spécifiques consistant à rechercher les traits ou combinaisons de traits impliqués dans le développement d'une pathologie spécifique. C'est cette dernière approche qui sera surtout développée dans ce chapitre.

On s'est interrogé sur le rôle exact de la personnalité dans la survenue et l'évolution des maladies. Son effet direct comme facteur de risque et/ou de pronostic indépendant s'est avéré généralement faible. La personnalité peut aussi avoir des effets indirects sur la santé, effets transitant par diverses croyances et comportements de santé, par des styles de vie plus ou moins sains ou à risque, par des réactions physiologiques au stress plus ou moins intenses et durables. La personnalité peut parfois conduire à des dysfonctionnements et être le précurseur de certaines pathologies ; l'hostilité par exemple est supposée associée à une hyper-réactivité pouvant induire des pathologies cardiovasculaires.

Tempérament et *caractère* sont des notions qui ont longtemps désigné à la fois la constitution physique des individus et certaines caractéristiques psychiques associées (par exemple, les caractères de La Bruyère)[1]. On a cru longtemps qu'un *type* de tempérament particulier était associé à un type de constitution, ainsi qu'à une vulnérabilité spécifique vis-à-vis de certaines maladies. Selon la conception d'Hippocrate (puis de Galien), il existerait quatre types de tempérament selon la prédominance d'une « humeur » : bile noire (mélancolique), bile jaune (colérique), sang (sanguin), phlegme (phlegmatique). Le type mélancolique serait prédisposé aux cancers et le type colérique aux maladies cardiovasculaires. Il existe des synthèses de quelques typologies (Kretschmer, Sheldon, Eysenck) et plusieurs auteurs ont tenté de valider certaines de

1. La personnalité est un ensemble d'attributs, qualités et caractéristiques des comportements, cognitions et affects distinguant les individus ; le tempérament comprend l'émotivité et la réactivité ; le caractère correspond à l'évaluation des conduites en référence à des normes sociales, cette dernière notion étant tombée en désuétude (Saucier et Goldberg, 2006).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

leurs hypothèses sans succès (Bruchon-Schweitzer, 1991)[1] ce qui a mené à l'abandon de la plupart des typologies anciennes.

Au cours de l'évolution des idées, les conceptions monistes (unité corps-esprit) et dualistes (irréductibilité entre soma et psyché) se sont opposées. Pour le modèle biomédical classique, la maladie somatique est due à des perturbations physiologiques provoquées par des agents pathogènes externes (traumatismes, infections, intoxications). D'après cette conception, les maladies concernent le corps et c'est celui-ci qu'il faut soigner. Le rôle éventuel de certains facteurs psychosociaux sur l'initiation et l'évolution des maladies intéresse à nouveau les sciences sociales et médicales. En effet, dans les pays développés, les causes majeures de mortalité ne sont plus les maladies infectieuses, mais des maladies chroniques d'étiologie complexe.

Différentes disciplines (psychosomatique, épidémiologie, psychologie de la santé) ont étudié les caractéristiques psychosociales affectant le risque de développer certaines maladies chroniques (cardio-vasculaires, cancéreuses, digestives, etc.), chacune avec sa méthodologie propre. En épidémiologie, par exemple, des « cohortes » de sujets sains ou malades ont été comparées, en recherchant (rétrospectivement ou prospectivement) les facteurs (psychosociaux ou autres) qui les différenciaient. Cette approche a permis de découvrir des *styles de vie* ou *types* associés au risque de développer des maladies cardio-vasculaires (*type A* puis *type D*) et des cancers (*type C*). L'orientation typologique, qui consiste à rechercher des *catégories* regroupant plusieurs caractéristiques pathogènes ou salutogènes (cognitions, émotions, comportements, fonctionnement physiologique) est la plus ancienne.

De nombreuses recherches épidémiologiques ont été menées sur les styles de vie prédisposant les individus à développer certaines maladies chroniques. On a cru tout d'abord, des années 1960 aux années 1990, que le *type A* (type II pour d'autres) prédisposait à développer des maladies cardio-vasculaires. Nous allons rappeler ci-dessous ces premiers résultats et les raisons de leur remise en question récente. Nous présenterons ensuite un autre style de vie, décrit plus récemment, impliqué dans le risque cardio-vasculaire : le *type D*. Quant aux cancers, les hypothèses relatives au *type C* n'ont pas été corroborées, mais ne sont pas complètement abandonnées.

1. Un type est une catégorie d'individus ayant en commun plusieurs caractéristiques (physiques, psychologiques, etc.). Une typologie est un système de classification discontinu (chaque individu est classé ou non dans un type).

1. Type A, type B et risque cardio-vasculaire

Dès 1959, deux cardiologues, Friedman et Rosenman, ont observé une plus forte prévalence des maladies coronariennes chez des patients ayant un style comportemental qu'ils dénommeront type A, que d'autres auteurs appelleront type II. Les individus de type A sont impatients, pressés, convoitent la performance et supportent mal les obstacles que leur opposent certaines situations ou certaines personnes. Les recherches se sont centrées tout d'abord sur les types de personnalité à risque cardio-vasculaire, puis sur des traits comme l'hostilité ou la dépression.

1.1 Les conceptions et les mesures

Friedman et Rosenman (1974) décrivent la TAP (*Type A Personality*), combinaison de traits comme l'agressivité, la compétitivité, l'impatience et le besoin de reconnaissance sociale, comme étant associée à un risque coronarien accru[1]. Ces traits sont en effet associés à la réactivité hémodynamique et neuro-humorale au stress (Consoli, 2006). Ils sont valorisés par une culture occidentale de la performance : combativité, rendement, réussite individuelle. Ils se traduisent pour la plupart par des comportements observables : vigueur et rapidité des gestes et du débit vocal, impatience, attitudes compétitives et hostiles, signes d'irritation.

Considérant que la TAP est un style d'interaction sociale d'individus placés dans un contexte particulier, Friedman et Rosenman ont développé l'*entretien structuré* (ES), au cours duquel l'évaluateur pose à l'interviewé des questions brèves (« Jouez-vous pour le plaisir ou pour gagner ? ») et s'arrange pour provoquer son impatience en parlant lentement, en hésitant ou lui coupant la parole, ce qui permet à l'irritabilité du second de se manifester. L'ES originel à vingt-cinq items, à la suite de raffinements successifs, est devenu le VCE (*Videotaped Clinical Examination*) de Friedman et Gandhour (1993) (voir tableau 3.1). Dans celui-ci, l'entretien est filmé et les comportements du sujet sont évalués sur une grille par plusieurs observateurs indépendants.

1. L'insuffisance coronarienne (CHD : *Coronary Heart Disease*) est une catégorie de maladies cardio-vasculaires supposées liées à la personnalité. Elles résultent d'un rétrécissement des artères apportant l'oxygène au cœur (en raison d'athérosclérose par exemple). L'ischémie du myocarde se manifeste par des douleurs (angine de poitrine) et peut aboutir à un infarctus du myocarde (crise cardiaque) et à l'arrêt cardiaque. Les facteurs de risque importants sont le taux de cholestérol, la tension artérielle, le tabagisme, l'obésité et des facteurs génétiques.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 3.1 – *Quelques items d'impatience et d'hostilité parmi les 33 items du VCE de Friedman et Ghandour (1993)*

1. Impatience

Aspects comportementaux :

– Le sujet est toujours pressé.
– Il marche vite, mange vite, quitte la table rapidement.
– Il déteste attendre.

Aspects psychomoteurs :

– Posture contractée, mouvements rapides.
– Débit rapide de la parole.
– Interrompt l'observateur.

2. Manifestations d'hostilité

Aspects comportementaux :

– S'énerve quand il conduit.
– A des difficultés à s'endormir quand il est frustré, en colère.
– Se méfie d'autrui.

Aspects psychomoteurs :

– Voix désagréable (forte, stridente, énervante).
– Poings fermés, même dans les conversations banales.
– Expression faciale hostile (muscles orbitaux, muscles de la bouche, masséters).

L'entretien structuré a tout d'abord été utilisé parce qu'il permettait aux aspects comportementaux de la TAP (impatience, hostilité) de se manifester. On a ensuite utilisé des questionnaires pour en saisir les aspects cognitifs (percevoir certaines situations comme des défis et autrui comme un obstacle). Jenkins, Zyzanski et Rosenman (1979) ont ainsi construit la JAS (*Jenkins Activity Survey*) dont les items sont issus de l'ES et dans lequel le répondant décrit la façon dont il se comporte face à des situations compétitives, frustrantes ou urgentes. Il permet d'évaluer les traits S (vitesse et impatience), J (implication au travail) et H (compétitivité). D'autres questionnaires évaluant la TAP existent, comme la *Framingham Type A Scale* (Haynes *et al.*, 1978) et l'échelle de Bortner (1969)[1]. Le type B désigne le profil opposé au type A (absence des traits correspondants).

1. Nous avons réalisé l'adaptation française de cette échelle, appliquée à 200 médecins généralistes. Une ACP des réponses, suivie de rotations obliques, avait permis d'isoler un facteur d'impatience (21 % de la variance totale) et un facteur de compétitivité (16,8 % VT) (in Koleck et Bruchon-Schweitzer, 2000).

Grossarth-Maticek et Eysenck sont connus pour trois études prospectives de large envergure (concernant plus de vingt-quatre mille personnes) menées en ex-Yougoslavie et en Allemagne entre 1965 et 1986, d'une durée de 11 à 13 ans chacune. L'hypothèse est qu'un certain profil de caractéristiques accroît le risque de développer des cancers, un autre profil des cardiopathies ischémiques. Ces auteurs utilisent un inventaire, le GME, qui distingue 6 types de personnalité (numérotés de I à VI), le type I étant supposé prédisposer aux cancers et le type II aux maladies cardio-vasculaires (Grossarth-Maticek et Eysenck, 1990).

Le type II correspond à « une position de lutte permanente contre des obstacles extérieurs, personnes ou situations, rendus responsables des difficultés d'épanouissement personnel ». L'individu de type II, confronté à ces problèmes, éprouve de la colère et est en état d'activation physiologique. Tout ceci est censé favoriser l'élévation de la pression artérielle, du rythme cardiaque, du taux de cholestérol et le développement de l'athérosclérose et des pathologies coronariennes. Le type II s'est avéré associé à la mortalité cardio-vasculaire dans la cohorte GAZEL (suivi de plus de quatorze mille employés français pendant 12,7 ans), ceci chez les hommes (Nabi *et al.*, 2008) (voir tableau 3.2).

Tableau 3.2 – *Les 10 items de l'échelle de Type II abrégée de Grossarth-Maticek et Eysenck (GME) ; validation française de Consoli, Cordier et Ducimetière (1993) (voir Nabi* et al.*, 2008)*

	VRAI	**FAUX**
1. Je me plains depuis des années de certaines difficultés dans ma vie, mais je ne peux rien y faire.		
2. Certaines personnes sont la source principale de mes malheurs.		
3. Mes malheurs dans la vie sont surtout dus à des circonstances extérieures.		
4. Je me sens impuissant(e) vis-à-vis des gens ou des situations qui me rendent malheureux(se) parce que je ne peux pas les changer.		
5. J'ai toujours l'impression d'être confronté(e) aux côtés négatifs des gens et des situations.		
6. Certaines personnes ne cessent d'entraver mon épanouissement personnel.		
7. Il y a toujours des circonstances qui s'opposent à mon épanouissement personnel.		
8. Je ne peux pas contrôler mes états d'énervement ni de stress, parce qu'ils sont provoqués par le comportement des autres.		
9. Je ne peux pas maîtriser mes états de stress ni d'énervement, parce qu'ils sont provoqués par des situations que je ne contrôle pas.		
10. Je peux exprimer clairement mes désirs et mes souhaits mais j'ai l'impression qu'il n'est vraiment pas possible de les réaliser.		

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

1.2 Relations entre mesures du type A et risque coronarien

Quelques études prospectives publiées dans les années 1980 semblaient indiquer que la TAP était associée au risque de développer une maladie coronarienne aiguë (infarctus du myocarde, angine de poitrine…) ou chronique (hypertension, artériosclérose). La *Western Collaborative Group Study* (WCGS) a concerné 3 154 salariés américains masculins en bonne santé et âgés de 39 à 59 ans à l'inclusion, évalués par l'entretien structuré. et suivis pendant huit ans et demi (Rosenman *et al.*, 1975). Une surmorbidité coronarienne est observée chez les individus de type A avec un risque relatif de 2 par rapport aux individus de type B après ajustement sur les autres facteurs de risque. Dans une étude prospective menée pendant cinq ans sur des sujets francophones chez qui le type A est évalué par le questionnaire de Bortner déjà présenté, des résultats similaires sont observés (Groupe coopératif franco-belge, 1983).

Dans une étude américaine, la *Framingham Heart Study*, 1 674 employés et ouvriers américains des deux sexes, âgés de 45 à 64 ans et dont la personnalité a été évaluée par la *Framingham Type A Scale*, ont été suivis pendant huit ans (Haynes *et al.*, 1980). Un comportement de type A et la répression de la colère (colère éprouvée mais non exprimée) sont associés à un risque coronarien plus important chez les hommes et les femmes.

Le type II de la GME (Grossarth-Maticek et Eysenck, 1990), proche du type A, est associé à un risque accru de mortalité par cardiopathie aiguë dans les dix à douze années qui suivent, d'après les études menées en Allemagne et en ex-Yougoslavie par ces auteurs (Eysenck, 1991). Ces travaux ont été contestés en raison d'opacités méthodologiques sur lesquelles nous reviendrons à propos du type C (leur type I). D'après les résultats de l'étude menée sur la cohorte GAZEL, le type II du GME reste prédictif vis-à-vis de la mortalité cardio-vasculaire masculine, même après contrôle des autres facteurs de risque (Nabi *et al.*, 2008).

Booth-Kewley et Friedman (1987) ont effectué la méta-analyse de quatre-vingt-trois études relatives aux facteurs psychologiques associés au risque cardio-vasculaire. Le type A y apparaît comme facteur de risque coronarien indépendant, mais son impact est modeste. De plus, cet effet ne concerne que les sujets jeunes, d'âge moyen et en bonne santé au départ (et non les sujets ayant un risque élevé de maladie cardiaque ou ayant déjà eu un incident aigu) et il varie selon la méthode d'évaluation du type A, les résultats les plus nets étant observés avec l'entretien structuré, les plus inconsistants avec le questionnaire JAS.

D'autres études prospectives n'ont pas montré de relation entre TAP et risque cardio-vasculaire. Dans le « Honolulu Heart Project », où ont été suivis pendant huit ans deux mille deux cents hommes d'origine japonaise vivant à Hawaï, âgés de 57 à 70 ans, dont le type A avait été évalué par la JAS de Jenkins, aucun lien entre TAP et maladie coronarienne ultérieure n'a été observé (Cohen *et al.*, 1985). Dans une étude prospective, le « Multiple Risk Factor Intervention Trial », publiée par Shekelle *et al.* (1986) portant sur environ trois mille hommes américains suivis pendant sept ans, divers facteurs de risque (tabagisme, hypertension, cholestérol) et le type A (entretien structuré et JAS) ont été évalués à l'inclusion. Aucune des mesures du TAP ne s'avéra prédictive d'une pathologie coronarienne indépendamment des autres facteurs de risque.

1.3 Faiblesses et inconsistances

La plupart des études menées dans les années 1990 sur l'association entre TAP et maladies coronariennes (Matthews *et al.*, 1988 ; Miller *et al.*, 1991) souffrent de faiblesses méthodologiques : validité douteuse des questionnaires de type A (Edwards, 1990), estimation de la taille d'effet (*effect size*) non pondérée en fonction de la taille de l'échantillon, calcul de coefficients *r* tétrachoriques (qui surestiment la corrélation si la distribution est asymétrique), synthèses fondées sur des échantillons non représentatifs des études existantes. Le recours à des populations diverses (cliniques/générales) et à des techniques hétéroclites explique en partie pourquoi les résultats observés sont inconsistants.

Consoli (2001, 2006) rappelle quelques résultats apparemment paradoxaux. Dans plusieurs études menées sur le type A comme facteur de pronostic (évolution d'une pathologie chez des patients cardio-vasculaires), les sujets de type A ont des taux de récidives et de mortalité inférieurs à ceux des sujets de type B. Il est possible que face à un problème de santé sévère, les sujets de type A adoptent une attitude combative, les sujets de type B étant peut-être plus résignés. Le type A est en effet un mélange de traits, certains s'avérant nocifs (hostilité), alors que d'autres peuvent être protecteurs (Thornton *et al.* 2011).

Les études des facteurs psychologiques de vulnérabilité menées dans le champ cardio-vasculaire ont peu à peu délaissé le type A pour se centrer sur la recherche du « noyau toxique » de la TAP. Plusieurs études prospectives (Mac Dougall, 1985), synthèses (Smith, 1992) et méta-analyses (dont celle de Myrtek, 2001) ont permis d'identifier différents traits de personnalité associés à un risque coronarien accru : l'hostilité et la

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

colère réprimée (anger-in), mais aussi l'humeur dépressive et l'anxiété (Deary, 2010). L'impact des *traits de personnalité* sur la santé sera abordé plus loin (*cf. infra* § 4 et suivants).

2. Le type D et la propension à la détresse

Le fait que la relation entre TAP et maladies coronariennes soit inconsistante a conduit à abandonner cette typologie. Depuis 1996, un nouveau type de personnalité, le type D, intéresse les chercheurs en raison de ses effets cardio-vasculaires délétères (Denollet, 2005 ; Kuppert et Denollet, 2007). Le type D est une propension à présenter de la détresse psychologique, sous l'effet d'une conjugaison entre une *affectivité négative* (NA) élevée (être malheureux, irrité, se faire du souci) et une *inhibition sociale* (SI) importante (difficultés à interagir, timidité, fait d'être renfermé). Les patients de type D éprouvent donc des émotions négatives (tristesse, pessimisme) qu'ils ont du mal à exprimer et partager (introversion sociale).

2.1 Le type D, facteur de vulnérabilité

Denollet et ses collaborateurs ont construit une échelle de type D à quatorze items (DS14) (voir tableau 3.3). Elle s'est avérée valide et fidèle sur des groupes de patients belges, italiens, allemands, danois et ukrainiens[1]. Appliquée dès 1996 à des patients atteints d'ischémie myocardique, elle a ensuite été utilisée avec des patients traités pour diverses pathologies cardio-vasculaires aiguës et chroniques. Le type D, indépendamment des autres facteurs de risque et des traitements reçus, accroît de deux à cinq fois le risque d'issue défavorable chez les patients cardio-vasculaires (insuffisants cardiaques ou victimes d'un infarctus surtout) : morbidité, mortalité, récidive, mauvais état de santé, épuisement, anxiété, dépression et détresse émotionnelle (Mols et Denollet, 2010a ; Pedersen, 2006 ; Pedersen *et al.*, 2009).

1. En population générale, la prévalence du type D est d'environ 24 %, avec d'importantes variations entre pays (de 9,4 % en Hongrie à 38,5 % au RU, selon Hausteiner *et al.*, 2010), certains items du DS14 étant très sensibles au contexte culturel. La prévalence du type D varie de 18 % à 53 % d'une pathologie cardio-vasculaire à l'autre (Pedersen et Denollet, 2006) ; elle est particulièrement forte (53 %) chez les hypertendus. Des études ultérieures seront nécessaires pour comprendre le rôle exact du type D dans l'apparition et l'évolution des pathologies cardio-vasculaires.

Tableau 3.3 – *Une échelle de mesure du type D, la D-Scale 14 de Denollet (2005)*

Affectivité Négative (α de Cronbach = .88 ; les saturations des items sur le F I sont entre parenthèses)

2. Je fais souvent des histoires pour des choses sans importance (0.69)
4. Je me sens souvent malheureux(se) (0.74)
5. Je suis souvent irrité(e) (0.70)
7. Je vois les choses de façon pessimiste (0.78)
9. Je suis souvent de mauvaise humeur (0.72)
12. Je me fais souvent du souci pour quelque chose (0.75)
13. Je suis souvent déprimé(e) (0.82)

Inhibition Sociale (α de Cronbach = 0.86 ; les saturations des items sur le F II sont entre parenthèses)

1. Quand je rencontre des gens, j'entre en contact facilement avec eux (-0.82)
3. Je parle souvent avec des étrangers (- 0.68)
6. Je suis souvent inhibé(e) dans mes relations sociales (0.70)
8. Je trouve que c'est difficile d'entamer une conversation (0.79)
10. Je suis une personne du genre renfermé (0.74)
11. Je préfère garder mes distances (0.62)
14. Quand je suis avec des gens, je ne sais pas de quoi parler (0.74)

Les réponses à ces items vont de 0 à 4 (0, faux ; 1, plutôt faux ; 2, entre les deux ; 3, plutôt vrai ; 4, vrai).

Cotation :

Affectivité Négative : faire la somme des réponses aux items 2, 4, 5, 7, 9, 12 et 13 (scores de 0 à 28).

Inhibition Sociale : faire la somme des réponses aux items 1, 3, 6, 8, 11 et 14 (les items 1 et 3 sont à coter en sens inverse : 4, 3, 2, 1, 0). Les scores varient de 0 à 28.

Un sujet est de type D lorsqu'il a à la fois un score de 10 ou plus d'Affectivité Négative et un score de 10 ou plus d'Inhibition Sociale.

La validité de construit du DS14 a été établie par Denollet (2005) sur 3678 sujets.

Chez des patients soignés pour diverses autres pathologies (douleur chronique, diabète, asthme, etc.), le type D semble être aussi un facteur de vulnérabilité, associé à davantage de plaintes somatiques et d'émotions négatives, à moins de comportements sains et à une moindre adhésion thérapeutique (Mols et Denollet, 2010b). Il serait également un facteur de risque dans la population générale, où il serait associé à plus de détresse, d'états émotionnels dépressifs et anxieux ainsi qu'à moins de soutien social (Mols et Denollet, 2010a). Les six études rappor-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

tées dans cette synthèse concernant les relations entre type D et santé en population générale ont utilisé comme issue la SAE (santé auto-évaluée), mesure qui peut être contaminée par l'affectivité négative des patients de type D. Il serait urgent d'utiliser des mesures objectives ou hétéro-évaluées de ce critère dans les études à venir.

2.2 Chemins par lesquels le type D affecte la santé

Les effets du type D pourraient tout d'abord transiter par des voies comportementales. Plusieurs études ont montré que les individus de type D (population générale et patients cardio-vasculaires) ont davantage de comportements à risques (alimentaires, sédentaires, tabagiques, etc.). Ils ont moins tendance à rechercher un traitement médical en cas de besoin et, en cas de prescription, ils sont moins observants que les autres (Pedersen *et al.*, 2006 ; Williams *et al.*, 2008).

Des recherches ont été menées sur les chemins psychophysiologiques pouvant mener du type D à l'état de santé. Des sujets de type D (en bonne santé apparente), soumis à des situations expérimentales stressantes présentent une plus forte réactivité cardio-vasculaire au stress que les autres : augmentation du rythme cardiaque (et récupération plus difficile), de la pression artérielle et du taux de cortisol salivaire (Habra, 2003 ; Mols et Denollet, 2010a). Cette activation physiologique correspond à un taux élevé d'hormones de stress (adrénaline, cortisol), ce qui, à terme, peut contribuer à l'état inflammatoire et à l'altération de la paroi des vaisseaux, facilitant la progression de l'athérosclérose (voir figure 3.1).

Williams *et al.* (2009) citent des études montrant que les sujets de type D se caractérisent par une forte activation neuro-immunitaire. Whitehead *et al.* (2007) ont observé que les patients coronariens de type D, éprouvant de nombreuses émotions négatives, se caractérisent par une activation de l'axe corticotrope (hypothalamo-hypophysaire), ce qui induit des réactions en chaîne se traduisant par une élévation de leur taux de cortisol. Les patients insuffisants cardiaques de type D présenteraient en particulier des taux élevés de TNFα (facteur soluble de nécrose tumorale), cytokine pro-inflammatoire qui serait impliquée dans la surmortalité cardio-vasculaire. Des recherches ultérieures auront à contre valider ces résultats et à préciser les mécanismes biopsychosociaux impliqués dans les relations entre stress, type D et issues cardio-vasculaires négatives.

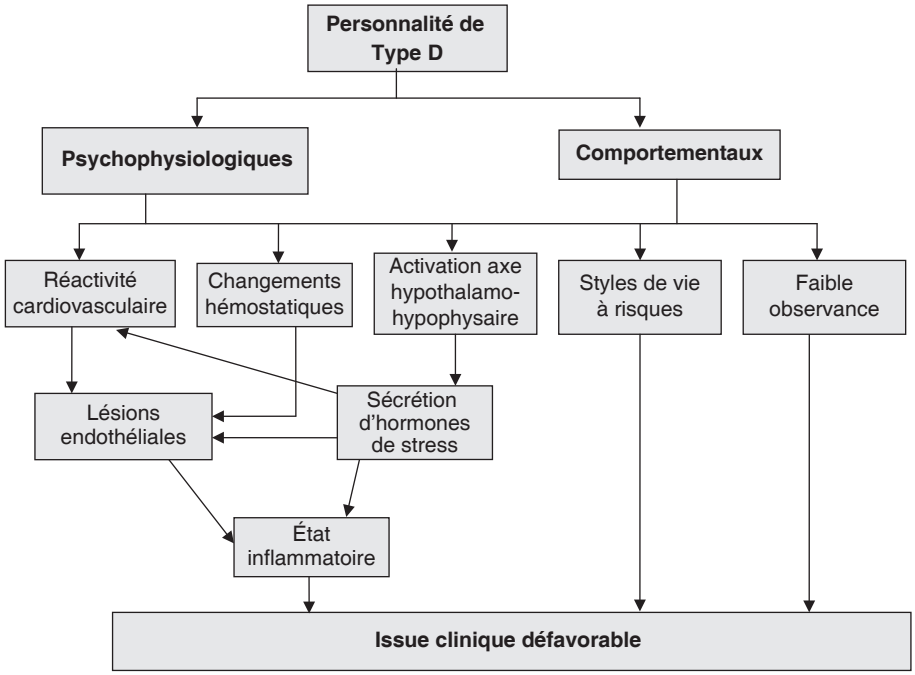


Figure 3.1 – *Mécanismes psychophysiologiques hypothétiques associant le type D à des issues cliniques dysfonctionnelles (Pedersen* et al.*, 2006, fig. 1, p. 209)*

2.3 Validité et utilité du type D

L'utilité et la validité du type D sont controversées (Steptoe et Molloy, 2007). Certains auteurs, cités par Williams *et al.* (2008) se sont demandé si le type D apportait du nouveau par rapport à ce que l'on possédait déjà (affectivité négative, névrosisme, dépression, anxiété d'une part, introversion d'autre part). Pour Denollet et ses collaborateurs (2005 à 2010), c'est la conjugaison entre inhibition sociale et affectivité négative qui est associée à des taux élevés de récidive d'infarctus et de mortalité, alors que pour Grande (2010) ce serait surtout l'inhibition sociale qui aurait des effets cardio-vasculaires délétères. Il restera aussi à situer ce profil de personnalité par rapport aux taxinomies reconnues (comme les trente traits du modèle FFM).

Plusieurs auteurs se sont demandé si le type D était une disposition stable ou élaboré en réponse à une pathologie. Hausteiner *et al.* (2012) considèrent que la prévalence élevée de ce type dans la population

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

générale (près d'un quart des individus en bonne santé sont de type D) plaide en faveur de la première hypothèse[1]. Le type D ayant surtout été étudié chez des patients cardio-vasculaires en Europe, sa généralité restera à établir sur d'autres échantillons et dans divers pays (Pedersen *et al.*, 2009). De plus, beaucoup d'études prospectives sur des populations en bonne santé restent à mener pour établir sa pertinence en tant que facteur de risque (Mols et Denollet, 2010a).

Le type D, si sa validité prédictive était confirmée, serait utile : ayant sur l'évolution des pathologies cardio-vasculaires des effets indépendants de ceux de facteurs de pronostic plus classiques (Hausteiner *et al.*, 2012), il permettrait de repérer dans des groupes de patients les sujets les plus vulnérables. Une méta-analyse des études menées sur l'impact de diverses prises en charge psychologiques (relaxation, gestion du stress) sur des patients cardio-vasculaires montre qu'une réduction de leur détresse atténue leur morbidité et leur mortalité ultérieures (Linden, Phillips et Leclerc, 2007). On circonscrit peu à peu ce qui dans le type D est le plus nocif pour ces patients ; peut-être arrivera-t-on à leur proposer des interventions sur mesure[2].

3. Type de personnalité et oncogenèse

Depuis longtemps a été décrite une « personnalité des cancéreux ». Dans son traité « *De tumoribus* », Galien rapportait que les femmes mélancoliques présentaient plus de cancers que les autres. De nombreux témoignages rapportent que les individus qui auraient une propension à développer une tumeur maligne auraient un profil de personnalité particulier : ils n'arriveraient pas à exprimer leurs émotions négatives ni à s'affirmer. C'est le cas, par exemple, du personnage principal du roman de Fritz Zorn : *Mars*.

Certains types de personnalité ont longtemps été considérés comme associés à un risque accru de développer un cancer : le type C, proposé par Greer et Morris (1979-1990), puis par M. Watson (1991, 1999) sera repris par Temoshok (1987-2008), le type I qui a été proposé par

1. Sans doute, mais parmi les sujets en bonne santé, il peut y avoir des malades qui s'ignorent…

2. Si la personnalité comme trait est stable, les états et processus transactionnels qu'elle suscite sont en revanche relativement flexibles. Certains processus dysfonctionnels (stress perçu, coping évitant, faible soutien social perçu) sont associés au type D (Mols et Denollet, 2010a) et nous paraissent modifiables.

Eysenck et Grossarth-Maticek dans les années 1990 également. Nous rappellerons les résultats de ces premières études puis nous exposerons les résultats d'études plus récentes. Nous verrons que quelques auteurs proposent de reconsidérer ce vieux problème avec de nouvelles hypothèses, incitant à mener des études plus sophistiquées.

3.1 Le type C d'après Greer, Morris et Watson

Greer et Morris (1979, 1990), puis M. Watson *et al.* (1991, 1999), de la faculté de médecine de Londres, ont décrit une constellation de traits de personnalité censés caractériser les patients atteints de cancers et associés à une évolution défavorable de la maladie. Ce profil fut appelé type C pour le différencier du type A, prédisposé aux maladies cardiovasculaires et de son pôle opposé le type B. Le type C comprendrait une attitude coopérative, patiente, apaisante, non hostile, une absence d'affirmation de soi, du stoïcisme, de l'impuissance-désespoir et des préoccupations religieuses.

Cette façade agréable serait maintenue au prix d'efforts constants. En réalité, les sujets de type C seraient des « répresseurs » au sens de Byrne (1964), *i. e.* de faux non anxieux, n'arrivant pas à exprimer leurs émotions négatives (anxiété, colère). En effet, les sujets de type C ont des scores d'affectivité négative (AN) faibles si celle-ci est auto-évaluée, et élevés si elle est évaluée indirectement (observations, entretiens, mesures physiologiques). On a considéré longtemps que la répression des émotions était un facteur de risque et de pronostic dans la carcinogenèse (Gross, 1989 ; Temoshok, 1987).

L'équipe de Londres publia les résultats d'études prospectives menées sur des patients atteints de cancers du sein et de mélanomes dont on évaluait à l'inclusion les caractéristiques de type C (impuissance-désespoir, stoïcisme, etc.), les issues étant les récidives et la durée de survie pendant le suivi (de cinq à quinze ans). Elle fut la première à avoir étudié les relations entre ces caractéristiques et l'évolution des cancers sur des cohortes de patients. Même si on peut lui reprocher certaines opacités conceptuelles et faiblesses méthodologiques, cette équipe a eu le mérite de fournir aux chercheurs des techniques permettant d'évaluer le contrôle émotionnel et les stratégies d'ajustement face aux cancers (Watson *et al.*, 1990 ; Watson *et al.*, 1988, 1994) et de suggérer que les composantes du type C, plus que des dispositions, sont sans doute des styles transactionnels élaborés face aux situations aversives.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

3.2 Le type I de Grossarth-Maticek et Eysenck

Un type de personnalité prédisposé à développer des cancers a été décrit par Grossarth-Maticek et Eysenck (1988, 1990) sous le nom de *type I* ou *cancer-prone personality* : les individus de type I sont gentils, coopératifs, apaisants (suppression des émotions négatives) et ont tendance à s'effacer (céder, ne pas se défendre, se dévaloriser, etc.). Ces caractéristiques facilitent le développement d'un état de stress chronique ainsi que d'affects et de cognitions d'*impuissance et* de *désespoir*, dont les auteurs supposent qu'ils sont associés à une élévation du cortisol et à des dérégulations du fonctionnement immunitaire qui seraient des précurseurs biologiques du développement des tumeurs.

Ces auteurs ont mené plusieurs études prospectives sur des échantillons importants pour l'époque. Le critère à prédire était la morbidité ou la mortalité par cancer pendant le suivi (onze ou douze ans). Ils évaluaient au départ l'appartenance des individus à un type (I à VI), d'après leurs réponses au questionnaire GME et d'après une évaluation effectuée par un observateur au cours d'un entretien, selon une procédure qui n'a pas été clairement explicitée par les auteurs[1].

Les publications correspondantes se caractérisent par certaines imprécisions relatives aux outils administrés aux sujets dans chacune des études (entretien, GME long ou GME abrégé), au nombre exact de sujets et d'enquêteurs et à la validité de contenu et de construit des échelles du GME. Seuls les résultats concernant la validité de critère du GME ont été publiés (relation entre type de personnalité et mortalité ou morbidité lors du suivi (Eysenck, 1991)). De plus, des auteurs comme Temoshok (1987) ont constaté que les résultats rapportés par Grossarth-Maticek et Eysenck variaient d'une publication à l'autre.

Enfin, Eysenck (1991) rapporte un taux de mortalité de 34 % des sujets de type I au cours du suivi et des corrélations bisériales de + 0,42 entre type I et incidence des cancers ; or de tels résultats n'ont pas été retrouvés dans les études du même type. Pour toutes ces raisons, les résultats de Grossarth-Matick et Eysenck furent accueillis avec scepticisme (Amelang, 1993 ; Fox, 1988 ; Van der Ploeg et Vetter, 1993). Dans l'étude de la cohorte GAZEL (plus de 14 000 employés suivis plus de

1. 1 350 habitants de Crvenka (ex-Yougoslaire) ont été suivis de 1965 à 1976 et 2 150 habitants de Heidelberg ont été suivis de 1972 à 1982. Le type I (suppression des émotions, impuissance-désespoir) s'est révélé associé au risque de carcinogenèse, le type II déjà décrit plus haut à un risque cardio-vasculaire. Les types III à VI ont été mesurés par le GME (échelle de Grossarth-Maticek et Eysenck), dont la version française a été validée par Consoli *et al.* (1993).

12 ans), aucune relation n'a été observée entre le type I de personnalité et la mortalité par cancer au cours du suivi (Nabi *et al.* 2008).

3.3 Le style C d'ajustement chez Temoshok

Pour Temoshok, le type C, plutôt qu'une disposition, est un style d'ajustement à certaines situations sociales stressantes caractérisées par le conflit ou la perte[1]. Face à l'adversité, l'individu ayant un style d'ajustement de type C est stoïque, respecte l'autorité, ne s'affirme pas et n'exprime pas ses émotions négatives. Les deux processus essentiels le caractérisant seraient la suppression des émotions et l'impuissance-désespoir (Temoshok, 1987).

À première vue, ce style, qui permet de maintenir de bonnes relations avec l'entourage peut paraître « adapté ». Il n'est en réalité qu'une façade fragile, maintenue au prix d'efforts coûteux, les affects restant inexprimés, les désirs insatisfaits et les problèmes évités mais non résolus. Si la situation stressante dure (maladie chronique par exemple), la façade peut s'effondrer et l'affectivité négative peut déborder, submergeant alors l'individu. Une synthèse des résultats de diverses études menées chez des patients cancéreux (Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Tastet, Bourgeois, 1998) montrait que l'impuissance-désespoir était associée à une évolution défavorable de la maladie.

L'ajustement de type C est un style de coping associé à certaines situations stressantes et à des caractéristiques particulières de la personnalité, mais il n'est pas mécaniquement déterminé par des antécédents dispositionnels ou situationnels et il peut être modifié, spontanément ou par des prises en charge. Temoshok *et al.* (1985) ont élaboré un entretien structuré pour évaluer ce style dont les scores se sont avérés homogènes (α = .91) et associés à l'évolution défavorable d'un mélanome chez 59 patients (Temoshok *et al.*, 1985) (voir tableau 3.4). Cet auteur préconisait l'utilisation d'entretiens plutôt que de questionnaires en raison de la difficulté des personnes de type C à reconnaître leurs affects négatifs, qu'un observateur formé et entraîné peut déceler[2].

1. Nous verrons au chapitre 6 que les stratégies d'ajustement peuvent être soit transitoires et changeantes (comme des états), soit relativement stables (comme des traits) ; dans ce dernier cas on parle de styles de coping.

2. Les études (9 sur 11) ayant évalué l'impuissance-désespoir par entretien font état de sa relation avec l'évolution défavorable des cancers, mais non celles ayant utilisé un questionnaire (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 1998).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 3.4 – *L'entretien structuré pour les observateurs évaluant le style d'ajustement de type C (Temoshok* et al.*, 1985, p. 144)*

1. Complètement déprimé/en forme
2. Se retenant émotionnellement/labile
3. Lent/rapide
4. Patient/impatient
5. Léthargique/énervé (« speedé »)
6. Passif/actif
7. Triste/en colère
8. Sans caractère/vif
9. Ayant baissé les bras/luttant
10. Impuissant/maître de la situation
11. Désespéré/saisissant toutes les occasions
12. Agit et parle sans à-coups/avec à-coups
13. Cherchant la paix/hostile
14. Acceptant/contrôlant
15. Sincère, spontané/réservé
16. Actions et langage fluides/saccadés
17. Introverti, contraint/détendu

3.4 Personnalité et cancers, quels résultats ?

Les études réalisées dans les années 1960-1990 ont évalué le type C ou des caractéristiques de personnalité proches. Leurs faiblesses méthodologiques (effectifs limités, méthode rétrospective ou semi-prospective, facteurs de confusion non contrôlés) ont conduit à considérer leurs résultats avec prudence et on ne considère plus aujourd'hui que le type C soit un facteur de risque ni de pronostic vis-à-vis de l'oncogenèse (Cousson-Gélie, 2001, p. 55-57). Quelques résultats suggèrent que plutôt qu'un type de personnalité, ce serait un style d'ajustement de type C, l'impuissance-désespoir notamment, qui pourrait être impliqué dans la progression des cancers.

3.4.1 La personnalité et l'incidence des cancers

À notre connaissance quatre études de grande ampleur ont été réalisées depuis les années 2000 pour savoir si la personnalité est un facteur de risque quant à la survenue d'un cancer. L'étude prospective de Nayaka *et al.* (2003) concerne 30 277 Japonais suivis pendant sept ans ayant

répondu à l'inclusion à un questionnaire de personnalité classique (EPQ-R d'Eysenck). Chez les 986 individus ayant développé un cancer au cours du suivi, le névrosisme s'est avéré associé à l'incidence d'un cancer mais seulement pendant les trois premières années du suivi[1]. Aucune autre relation n'a été observée dans cette vaste étude entre les traits de personnalité de l'EPQ et la survenue d'un cancer.

Dans une étude prospective concernant 29 595 Suédois ayant répondu à l'EPQ et suivis pendant vingt-cinq ans, le même résultat a été observé : il n'y a aucune relation entre traits de personnalité (Extraversion, Névrosisme, Psychotisme, Insincérité) et survenue des cancers considérés ensemble ou par site (Hansen, Floderus, Fredriksen et Johansen, 2005). Dans trois autres études publiées dans les années 2000, aucun lien n'est observé entre les traits généraux de la personnalité, le style d'ajustement et l'incidence d'un cancer du sein. Parmi les styles d'ajustement de type C, seule l'anti-émotionnalité accroît (faiblement) ce risque dans l'une des trois études (Vollrath, 2006, p. 41).

Dans les études utilisant des dimensions s'inspirant de celles des « pionniers » (type C ou type I, style d'ajustement de type C), comme dans celles recourant à des traits de personnalité plus « classiques » (Extraversion, Agréabilité, Névrosisme), la personnalité n'apparaît pas comme associée au risque de développer un cancer.

3.4.2 La personnalité et la progression des cancers

Nayaka *et al.* (2003) rapportent les résultats d'études antérieures ayant utilisé des traits de personnalité généraux ou plus spécifiques. Trois des huit études prospectives rapportées décrivent un lien significatif entre personnalité et évolution péjorative d'un cancer ; or, dans ces trois études, mais non dans les autres, les prédicteurs sont des aspects du type C. Nayaka *et al.* (2005) rapportent les résultats de quatre études menées dans les années 1990 utilisant l'EPQ d'Eysenck comme prédicteur. Ces études aboutissent à des relations inconsistantes entre personnalité et mortalité. L'étude prospective de Nakaya *et al.* (2005) est d'une ampleur et d'une rigueur rares : la personnalité (EPQ-R) et les comportements de santé de 41 442 Japonais ont été évalués à l'inclusion (en 1990). Sur les 890 qui ont développé un cancer entre 1993

1. L'élévation des scores de Névrosisme en début du suivi est sans doute réactionnelle (diagnostic, traitements).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et 2001, 365 en sont morts. Aucun des traits de personnalité évalués au départ ne prédit la survie[1].

Petticrew, Bell et Hunter (2002) ont réalisé la revue systématique de vingt-six études prospectives consacrées à la valeur pronostique de divers styles d'ajustement chez des patients cancéreux (impuissance-désespoir ; esprit combatif ; évitement ou déni ; stoïcisme et fatalisme ; préoccupations anxieuses et dépression ; suppression des émotions et coping émotionnel) vis-à-vis des récidives et de la survie[2]. À part une association observée dans quelques études entre l'impuissance-désespoir et une survie plus courte, il n'y a pas de relation entre ces divers styles d'ajustement et ces issues. Les quelques résultats positifs recensés ne semblent concerner que des études à effectif limité et de méthodologie discutable (sans contrôle des facteurs de confusion, par exemple).

L'importante synthèse de Garssen (2004) concerne soixante-dix études prospectives menées depuis 1975 sur l'influence de plusieurs catégories de facteurs psychosociaux (événements de vie, personnalité, style d'ajustement, soutien social) sur l'initiation et la progression des cancers[3]. Si aucun de ces prédicteurs n'affecte les issues de façon « convaincante », certains résultats sont jugés « prometteurs » : l'impuissance-désespoir et la répression des émotions seraient associées à un pronostic défavorable et la minimisation de la menace (déni) à un pronostic favorable. Selon Garssen, « l'effet possible d'autres facteurs ne peut être écarté » : la dépression chronique (trait), le fait d'avoir vécu certains événements (pertes, séparations) et un faible niveau de soutien social pourraient être associés à un pronostic défavorable. Les autres antécédents n'ont aucun effet : autres événements de vie, états émotionnels négatifs, esprit combatif, stoïcisme, coping actif et autres facteurs de personnalité.

Ainsi, pour l'instant, et malgré un volume important de travaux, la personnalité n'a pas de relation établie avec la survenue des cancers. En revanche, certains processus, comme l'impuissance-désespoir, pourraient être impliqués dans l'évolution des cancers. Des échelles évaluant le style d'ajustement à un cancer pourraient s'avérer utiles, comme, par

1. 5 autres études de ce type ont utilisé l'EPQ ou l'EPI et leurs résultats sont inconsistants (Vollrath, 2006, p. 44). Il semble dommage d'avoir mené des études aussi importantes sans y inclure une évaluation du style C d'ajustement, supposé associé à la progression des cancers à l'époque où ces études ont commencé (années 1990).

2. Chez 578 femmes ayant un cancer du sein suivies dix ans, l'impuissance-désespoir (évaluée par la *Mental Adjustment to Cancer Scale*) est associée à une survie plus courte (Watson, Homewood, Haviland, Bliss, 2005).

3. Trente-huit études furent ainsi écartées en raison de leur conception (études transversales, comparatives, semi-prospectives), de leur effectif insuffisant, du non-contrôle de certains facteurs ainsi que d'autres lacunes.

exemple, la MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*) de Watson *et al.* (1994), version française de Cayrou, Dickès, Gauvain-Piquard et Rogé (2003) (voir tableau 3.5).

Tableau 3.5 – *Exemples d'items de la MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale) permettant d'évaluer les styles d'ajustement spécifiques aux cancers (Watson* et al.*, 1994). Cayrou, Dickès, Gauvain-Piquard et Rogé (2003) ont adapté et validé la MAC 21 en français.*

Impuissance-désespoir : - J'ai envie de baisser les bras. - Je n'ai pas beaucoup d'espoir en l'avenir. - Mes problèmes de santé m'empêchent d'affronter l'avenir.
Esprit combatif : - J'essaie de combattre la maladie. - Je suis très optimiste. - Je pense que je vais aller mieux.
Préoccupations anxieuses : - Je suis effrayé(e). - J'ai peur que le cancer ne récidive ou n'empire. - J'éprouve beaucoup d'angoisse à ce sujet.

Bien que la prudence s'impose, ces résultats sont importants pour les chercheurs, les patients et les soignants. Diverses questions étiologiques et déontologiques se posent. Peut-on encourager les patients à acquérir certains styles de coping fonctionnels (ou à abandonner des stratégies dysfonctionnelles) alors que ce domaine est loin d'avoir fourni des résultats définitifs ? N'est-ce pas en outre entretenir l'idée qu'ils sont en partie « responsables » du cours de leur maladie ?

3.5 Des facteurs psychologiques aux cancers : les modèles explicatifs

Même si l'on sait que des facteurs psychosociaux sont impliqués dans la genèse des cancers (comportements à risque comme le tabagisme et l'alcoolisme par exemple), il reste beaucoup à découvrir quant aux voies par lesquelles s'exercent ces effets. Dans la précédente édition de cet ouvrage (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 78-79, p. 395), nous avions évoqué les modèles biopsychosociaux de Temoshok (1990) et de Contrada *et al.* (1990) proposant des chemins associant certains facteurs psychosociaux (en particulier les réactions de type C) aux processus d'initiation et d'évolution tumorales (voir aussi Cousson-Gélie, 2001, p. 66-68).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Il est admis à présent que ce sont des styles d'ajustement plus que des traits de personnalité qui pourraient être impliqués dans la progression des tumeurs.

Temoshok et Contrada avaient postulé l'existence de deux voies possibles. La voie I correspondait à la répression des émotions ayant des effets nocifs directs (réduction de l'activité sympathique et de l'activité immunitaire) et indirects (non-perception des symptômes, allongement du délai mis à consulter) sur l'oncogenèse. La voie II se rapportait à l'impuissance-désespoir (effondrement de la façade défensive), avec des effets pathogènes directs (augmentation de l'activité de l'axe corticotrope, baisse de l'activité immunitaire) et indirects (augmentation des comportements à risques). Si ce modèle est toujours une référence, les mécanismes évoqués dans les modèles récents sont plus complexes.

La psycho-neuro-endocrino-immunologie (PNEI) est un domaine de recherches apparu à la fin des années 1990 (Cohen et Herbert, 1996 ; Dantzer et Goodall, 1994 ; Garssen and Goodkin, 1999 ; Kiecolt- Glaser and Glaser, 1999). Les chercheurs ont tenté de modéliser le rôle joué par certains facteurs psychosociaux pouvant altérer le fonctionnement endocrinien et immunitaire et affecter la genèse et l'évolution de certaines maladies infectieuses, prolifératives et auto-immunes[1]. Les études épidémiologiques menées ces trente dernières années suggèrent l'effet conjugué de certains événements de vie et de divers facteurs individuels sur l'oncogenèse : personnalité dépressive, stress perçu intense, styles d'ajustement comme l'impuissance-désespoir, faible soutien social.

Plus récemment, les chaînons successifs de ces modèles complexes ont donné lieu à des tentatives de réfutation (chez l'homme, chez l'animal, *in vivo* et *in vitro*). Des études cliniques récentes ont été menées pour comprendre les voies et processus impliqués dans la progression des cancers, au niveau de l'environnement des tumeurs notamment, avec des résultats encore partiels mais convergents et encourageants (Argaman *et al.*, 2005 ; Antoni *et al.*, 2006 ; Lutgendorf et Sood, 2011 ; Thaker et Sood, 2008).

Les facteurs psychosociaux (stress perçu par exemple) sont des signaux induisant chez certains individus une cascade de réactions centrales et périphériques. Plusieurs zones du cerveau (SNC, hypothalamus, amygdale, etc.) y réagissent en modulant d'une part l'activité de l'axe

1. Une étude réalisée sur deux cents patients séropositifs, montre qu'un coping de type C et l'alexithymie sont associés à une évolution défavorable de l'infection (Temoshok *et al.*, 2008).

corticotrope, produisant des hormones stimulant la sécrétion de glucocorticoïdes comme le cortisol (par les cortico-surrénales)[1]. L'activation de l'axe sympathique est associée à la sécrétion de catécholamines (dont la noradrénaline et l'adrénaline) par les neurones sympathiques et la médullo-surrénale. L'impuissance-désespoir serait associée à la sécrétion d'IL-1β au niveau central (Argaman *et al.*, 2005).

En cas d'activation prolongée, les différentes hormones ci-dessus (plus l'IL-1β périphérique) auraient des effets critiques sur certains mécanismes au niveau cellulaire, certains impliqués dans l'initiation des tumeurs (réponse immunitaire des cellules ; processus de réparation de l'ADN ; moindre apoptose, mort cellulaire normale), d'autres dans leur progression (facteurs de croissance ; angiogenèse, ou développement de vaisseaux capillaires ; invasion des cellules voisines ; métastases ; migration ; dissémination à distance). En outre, les divers facteurs psychosociaux en cause peuvent avoir des effets indirects : se sentir impuissant face à la maladie peut induire une augmentation de divers comportements à risque. Des prises en charge variées sont proposées aujourd'hui aux patients cancéreux, individuellement, en couple ou en groupe (Razavi et Delvaux, 2008 ; Mikolajczak, 2013). Rehse et Pukdrop (2003) ont fait la méta-analyse des résultats de trente-sept études relatives aux effets de diverses interventions psychosociales sur des patients cancéreux adultes (N = 3 120). Quel que soit leur type, elles améliorent leur qualité de vie, surtout si elles sont durables (au moins douze semaines). Des thérapies centrées sur l'expression émotionnelle sont associées à la réduction de la détresse des patients (Lavoie *et al.*, 2012). Les interventions psychologiques menées auprès de patients cancéreux ne semblent pas induire de modification de leur fonctionnement immunitaire (Miller et Cohen, 2001)[2]. On ignore quel serait l'effet spécifique de techniques centrées sur les stratégies d'ajustement des patients cancéreux dans l'évolution de leur maladie.

1. La méta-analyse de Dickerson et Kenny (2004) montre que c'est la perception d'une menace dirigée contre soi qui est le principal déclencheur de l'activation de l'axe corticotrope.

2. Des techniques de gestion du stress induisent chez des adultes en bonne santé une diminution du taux de cortisol, médiatisée par le stress perçu (Storch, Küttel, Stüssi et Fend, 2007).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4. L'hostilité, la colère, l'agressivité et le risque cardio-vasculaire

Le problème des relations entre personnalité et santé, posé tout d'abord de façon *catégorielle* (typologique), a été peu à peu précisé et spécifié. On a alors recherché les dimensions simples des conduites pouvant protéger les individus ou au contraire les exposer à certaines pathologies (maladies cardio-vasculaires, cancers, arthrite rhumatoïde, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, etc.). L'approche *dimensionnelle* (*traits*) a puisé ses concepts et ses méthodes dans différents domaines (psychosomatique, psychopathologie, psychologie différentielle)[1]. Elle a abouti à la mise en évidence de certains facteurs de vulnérabilité comme l'hostilité, l'alexithymie, l'anxiété, la dépression, le névrosisme ou l'affectivité négative (qui vont être abordés ci-après) et de certains facteurs de protection qui seront abordés au chapitre suivant[2].

La peur et la rage sont des émotions fondamentales chez l'homme et l'animal, qui ont, selon Darwin, une finalité adaptative (attaquer ou fuir). Pour le bouddhisme, la colère est l'un des trois « poisons de l'esprit » avec l'avidité et l'ignorance (Chida, 2009, p. 936). Pour les chrétiens, c'est l'un des sept péchés capitaux. Pour Freud, la pulsion de mort (Thanatos) peut être orientée vers des objets extérieurs ou retournée contre soi. Dans le champ psychosomatique, des relations entre la colère et les maladies cardio-vasculaires ont été décrites.

4.1 Hostilité, colère et agressivité comme facteurs de vulnérabilité[3]

Nous avons vu plus haut qu'une relation entre type A et insuffisance coronarienne n'a pas été vraiment démontrée. Matthews, Glass et Rosenman (1977) furent les premiers à voir dans l'*hostilité* la composante la plus nocive du type A vis-à-vis du risque coro-

1. Un trait est une dimension continue (cognitive, émotionnelle, comportementale, morphologique…) permettant de classer tous les individus de celui qui le possède le moins à celui qui le possède le plus (par exemple, taille, poids).

2. Les traits qui vont être décrits ici ont pratiquement tous des effets pathogènes non-spécifiques.

3. L'hostilité, ainsi que d'autres aspects de l'affectivité négative comme la dépression et l'anxiété, est associée à divers problèmes de santé (asthme, arthrite) ainsi qu'à la chronicité de certains symptômes (Vandervoot, 1995).

narien. La méta-analyse de quatre-vingt-trois études menées sur le type A par Booth-Kewley *et al.* (1987) aboutit à une relation significative modeste entre l'hostilité et le risque de pathologie coronaire, comme la méta-analyse de Miller (1996). Les recherches menées dans le champ cardio-vasculaire délaissèrent peu à peu le type A au profit de certains traits de personnalité (Myrtek, 2001). Des résultats plus récents suggèrent que l'hostilité est un facteur de vulnérabilité cardio-vasculaire (Deary *et al.*, 2010). Pourtant, un lien entre hostilité et pathologie coronarienne n'a pas été toujours observé, sans doute en raison d'un manque de consensus concernant la définition et la mesure de l'hostilité.

4.2 Les notions et définitions

Les notions de colère, d'agressivité et d'hostilité seraient pour Spielberger *et al.* (1995) les facettes d'un même concept général « AHA » (*Angry-Hostility-Aggression*). La *colère* est une émotion déplaisante variant en intensité de l'irritation à la rage, pouvant apparaître en réaction à des situations de frustration, maltraitance ou provocation ; elle peut être durable ou momentanée (trait ou état). L'*agressivité* exprime un antagonisme de façon comportementale sous diverses formes (verbales, physiques) plus ou moins directes ou subtiles (ironie). Quant à l'*hostilité*, elle englobe des attitudes, croyances et perceptions négatives vis-à-vis des autres, supposés être la source de nos problèmes (Smith, 1994). Elle a parfois été dénommée « méfiance cynique » (Barefoot, 1992 ; Consoli, 2001)[1].

4.3 L'évaluation de l'hostilité, de la colère et de l'agressivité

4.3.1 L'hostilité dans le CMHI de Cook et Medley (1954)

Le CMHI, inventaire d'hostilité de Cook et Medley (1954), comprend cinquante items issus du MMPI et a été très utilisé pour mesurer l'hostilité dans les années 1960-1990 (voir tableau 3.6). Il mesure cinq composantes de l'hostilité selon Barefoot (1989 à 1994) et permet le calcul d'un score total Ho. Ce score est positivement associé au névrosisme

1. L'hostilité est corrélée négativement à l'Agréabilité du FFM, mais n'en est pas le pôle opposé.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

(selon Barefoot et Costa) et négativement à la désirabilité sociale (Smith et Frohm, 1985). Selon certains auteurs, il mesure la méfiance cynique et l'évitement social (Costa *et al.*, 1986 ; Eckhardt *et al.*, 2004). Les relations observées entre le score Ho et d'autres mesures de l'hostilité sont modestes (Smith, 1992 ; Schaubroeck et Gantser, 1991). Tout incite à douter de la validité du CMHI, affecté par la désirabilité sociale et qui mesure davantage les cognitions et émotions hostiles que l'hostilité expressive et comportementale[1].

Tableau 3.6 – *Quelques items du CMHI, inventaire d'Hostilité de Cook et Medley (1954) à 50 items.*

Cynisme (vision négative de l'humanité) : 7. Je pense que la plupart des gens sont capables de mentir pour obtenir de l'avancement. 9. La plupart des gens sont honnêtes simplement parce qu'ils ont peur de se faire prendre. 21. Il est plus sûr de ne faire confiance à personne. 24. La plupart des gens se font des amis parce que cela peut leur servir plus tard.
Attributions hostiles (croire que les comportements d'autrui sont dirigés contre soi) : 8. Quelqu'un m'en veut. 11. Quand une personne est aimable avec moi, je me demande souvent quelle en est la raison cachée. 19. Personne ne se soucie vraiment de ce qui pourrait m'arriver. 23. J'ai souvent eu l'impression que des inconnus me regardaient de façon critique.
Affects hostiles (colère, irritabilité, ressentiment, etc.) : 12. Quand je travaille à quelque chose d'important et que je suis interrompu, cela m'exaspère. 29. Les gens me déçoivent souvent. 36. C'est pour moi comme un échec quand j'apprends le succès de quelqu'un que je connais bien. 39. Certaines personnes me sont tellement antipathiques que j'éprouve un plaisir secret à les voir prises sur le fait.
Réponses agressives (comportements hostiles observables) : 2. Quand quelqu'un m'a fait du tort, je dois lui rendre la pareille, simplement pour le principe. 32. Je ne me mets pas facilement en colère (item inversé). 37. J'ai parfois été obligé d'être grossier, afin de remettre à leur place des gens mal élevés. 45. Je ne me donne pas la peine de cacher à certains la mauvaise opinion que j'ai d'eux.

☞

1. Pour la distinction entre hostilité névrotique et expressive, voir Felsten (1996) et Miller *et al.* (1996).

☞

Évitement social (fuir les gens, éviter les contacts) :
3. J'essaye d'ignorer des camarades d'école ou des gens que je n'ai pas vu depuis longtemps, à moins qu'ils ne m'adressent la parole.
26. Je n'adresse pas la parole à des inconnus avant qu'ils ne m'aient parlé.
31. Ça m'arrive souvent de demander aux gens quel est leur avis (item inversé).
41. Je ne participe pas aux ragots ni aux commérages du groupe dans lequel je suis.

Les réponses, cotées 0 ou 1 selon l'absence ou la présence d'hostilité, sont additionnées. Le score total Ho varie de 0 à 50. La moyenne observée chez des étudiants par Barefoot et al. (1989) est de 14, 65 (écart-type : 7,06).

Une relation entre le score Ho et la réactivité cardio-vasculaire (pression artérielle) apparaît si des sujets effectuent une tâche au cours d'une interaction sociale mais non dans une situation neutre (Smith, 1992). Dans l'étude prospective CARDIA concernant un groupe d'adultes américains âgés de 18 à 30 ans, suivis de sept à huit ans, une relation significative apparaît entre Ho et la calcification ultérieure des artères coronaires (Iribarren *et al.*, 2000). Le CMHI a été utilisé dans plusieurs études prospectives, dont la Western Electric Study, où 1 877 employés masculins ont été suivis de 1957 à 1983 (Shekelle, Gale, Ostfeld et Paul, 1983). Ho s'est révélé associé à la morbidité et à la mortalité par infarctus dans quatre études de ce type mais non dans 4 autres (Vollrath, 2006, p. 19). La validité prédictive de Ho vis-à-vis du risque cardio-vasculaire semble donc instable.

Le fait que le score Ho soit assez fortement corrélé avec le névrosisme n'est pas surprenant (c'est une addition de réponses d'hostilité « névrotique » et « expressive »). Or les relations observées entre névrosisme et pathologie cardio-vasculaire sont inconsistantes, d'où sans doute la faible validité prédictive de cet outil. Si l'on veut garder le CMHI en vue d'études prospectives dans le champ cardio-vasculaire, il faudrait différencier clairement les dimensions de l'hostilité qu'il mesure et l'administrer dans un contexte social facilitant l'expression de l'hostilité potentielle de certains sujets.

4.3.3 Le BDHI, inventaire d'hostilité de Buss et Durkee (1957)

Le BDHI originel se compose de soixante-six items explorant sept sous-échelles d'hostilité (irritabilité, ressentiment, suspicion, etc.)[1]. Plusieurs

1. Il existe une version révisée du BDHI, plus courte (29 items), validée selon les normes actuelles, qui mesure 4 facteurs : hostilité, colère, agressivité physique, agressivité verbale (Buss et Perry, 1992).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

analyses factorielles (Lange *et al.*, 1995 ; Nabi *et al.*, 2008) montrent qu'il mesure deux dimensions corrélées, mais distinctes : l'hostilité *névrotique* (affects, cognitions) et l'hostilité *exprimée* (physique, verbale). La première est associée au névrosisme, à l'affectivité négative, à la dépression et à l'anxiété (Schaubroeck *et al.*, 1991, p. 45). La seconde est associée positivement à l'hostilité évaluée par l'ES et négativement à l'Agréabilité (modèle FFM). Les scores d'hostilité névrotique sont supérieurs chez les femmes, ceux d'hostilité expressive le sont chez les hommes (Felsten, 1996)[1].

D'après les résultats obtenus dans plusieurs études transversales, l'hostilité expressive *seule* s'avère associée à la morbidité coronarienne, au taux de cholestérol et à la réactivité cardio-vasculaire en situation sociale aversive (Felsten, 1996 ; Miller *et al.*, 1996 ; Siegman *et al.*, 1987 ; 1994). Dans une étude prospective menée des patients ayant eu un infarctus, aucune dimension du BDHI ne prédit la mortalité cardio-vasculaire au cours des dix ans de suivi (Welin *et al.*, 2000). Selon les résultats de la cohorte Gazel, où plus de quatorze mille adultes français ont été suivis pendant 12,7 ans, l'hostilité névrotique du BDHI s'avère associée à un risque accru de mortalité toutes causes confondues alors que l'hostilité expressive du BDHI ne prédit pas d'issue péjorative particulière, après contrôle des facteurs de confusion (Nabi *et al.*, 2008).

4.3.4 Le *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI-2) de Spielberger

Le STAXI-2 mesure plusieurs aspects de la colère : colère exprimée (*Anger Out*) et réprimée (*Anger In*), colère habituelle (*Trait*) et transitoire (*État*), Colère contrôlée et non contrôlée (Spielberger, 1999). En raison de ses qualités psychométriques, le STAXI-2 est de plus en plus utilisé par les chercheurs et les praticiens (Eckhardt, Norlander et Deffenbacher, 2004). Il en existe une adaptation française (Borteyrou, Bruchon-Schweitzer et Spielberger, 2008) (voir tableau 3.7).

1. La socialisation de l'hostilité est probablement très différente chez l'homme et la femme en raison de normes de rôle probablement tenaces, une certaine agressivité pouvant être valorisée par certains modèles de virilité.

Tableau 3.7 – *Quelques-uns des 57 items du STAXI-2 (State-Trait Anger Expression Inventory) de Spielberger (1999) ; validation française de Borteyrou, Bruchon-Schweitzer et Spielberger (2008).*

Colère-État (items 1 à 15) :
En ce moment (intensité) : réponses de 1 : pas du tout à 4 : tout à fait
1. Je suis furieux(se).
5. J'ai envie de casser quelque chose.
7. J'ai envie de taper du poing sur la table.
9. J'ai envie de lâcher des jurons.
Colère-Trait (items 16 à 25) :
En général (fréquence) : réponses de 1 : presque jamais à 4 : presque toujours
16. Je m'emporte facilement.
23. Ça me rend furieux(se) qu'on me critique en public.
24. Quand je suis frustré(e), j'ai envie de frapper quelque chose ou quelqu'un.
Expression de la colère (E) ; Contrôle de la colère (C) ; Direction de la colère : dehors « *Out* » (O), dedans « *In* » (I). Items 26 à 57.
Quand je suis en colère ou furieux : réponse de 1 : presque jamais à 4 : presque toujours
43. Je claque les portes (E/O).
55. Je dis des choses désagréables (E/O).
33. Je fais la tête (je boude) (E/I).
41. Je bous à l'intérieur (E/I).
30. J'essaie d'être patient(e) avec les autres (C/O).
42. Je contrôle mon comportement (C/O).
28. Je respire profondément et je me détends (C/I).
52. Je fais quelque chose de relaxant (C/I).

Il permet d'évaluer la Colère-état, la Colère-trait, la Colère dehors (O), la Colère dedans (I), le Contrôle de l'extériorisation de la Colère (C/O), le Contrôle de la Colère intérieure (C/I) et un index total d'expression/contrôle de la colère (AX).

La colère exprimée augmente le risque de pathologie cardio-vasculaire, surtout chez les hommes (résultat proche de celui observé pour l'hostilité expressive). Elle correspond à des items comme : « Je claque les portes. » Dans l'*Edimburgh Artery Study* (EAS), étude prospective de douze ans qui a concerné 1 592 hommes et femmes, la prévalence d'un infarctus à l'inclusion est supérieure de 54 % chez les hommes et de 8 % chez les femmes ayant des scores élevés de colère exprimée au STAXI. La colère exprimée serait un facteur de pronostic défavorable vis-à-vis de la survenue d'une pathologie coronarienne pendant le suivi de patients cardio-vasculaires, mais sa prédictivité s'affaiblit si on contrôle les autres facteurs de risque (Vollrath, 2006, p. 22).

La colère réprimée du STAXI s'est avérée associée à la réactivité cardio-vasculaire et au risque coronarien chez les hommes et chez les femmes (Forgays *et al.*, 1998 ; Julius *et al.*, 1986). Elle correspond à des items

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

comme : « Je bous à l'intérieur. » Dans l'étude EAS précitée, Whiteman, Deary et Fowkes (2000), utilisant un modèle SEM, montrent que la colère exprimée a des effets indirects sur la progression de l'athérosclérose, effets médiatisés par d'autres facteurs (*i.e.*, tabagisme). Quant à la colère réprimée, elle s'est avérée nocive dans certaines études, ce qui peut relancer les recherches menées dans ce domaine.

4.3.5 L'hostilité évaluée par l'entretien structuré

D'après la méta-analyse de quarante-cinq études effectuée par Miller *et al.* (1996), une relation modeste apparaît dans les études transversales entre l'hostilité auto-évaluée (CMHI notamment) et les pathologies coronariennes (r = +.18), mais des relations instables sont observées dans d'autres études prospectives. Beaucoup d'auteurs pensent que même les questionnaires ayant d'excellentes qualités psychométriques ne peuvent remplacer des interactions sociales réelles facilitant l'expression de l'hostilité (défis, challenges, etc.)[1]. La relation entre hostilité et développement d'une pathologie coronarienne dans les études prospectives est plus stable et marquée si l'hostilité est évaluée par un entretien structuré (il s'agit dans ce cas d'hostilité « expressive »).

Suite à la *Western Collaborative Group Study*, étude longitudinale de 3 524 sujets masculins suivis pendant 8,5 ans, menée pour évaluer la relation entre type A et pathologie coronarienne (Rosenman *et al.*, 1975), une ré-analyse des données a montré que la seule composante du type A associée au risque de développer une pathologie coronarienne était l'hostilité évaluée par un entretien structuré (Hecker, Chesney, Black et Frautschi, 1988).

Barefoot (1992) à partir des aspects de l'hostilité les plus nocifs pour la santé cardio-vasculaire élabora un entretien structuré à vingt-trois items, le HBI (*Hostile Behavior Index*). La cotation de cet ES par Haney *et al.* (1996) a permis de calculer des scores d'hostilité directe, indirecte, de non-coopération, d'irritation et un score total. Ces dimensions se sont avérées fidèles (test-retest et inter-observateurs) et valides. Le score total d'hostilité s'est révélé associé à l'altération des artères coronaires (d'après une angiographie) chez cent trente-six sujets masculins de 35 à 49 ans.

Un résultat similaire est rapporté dans l'étude prospective MRFIT : le risque de développer une pathologie coronarienne est supérieur

1. Un questionnaire est une situation décontextualisée ; de plus des traits comme la colère et l'hostilité étant indésirables, l'auto-évaluation de l'hostilité est affectée par des biais.

de 50 % chez les sujets les plus hostiles par rapport aux moins hostiles (Dembroski, Mac Dougall, Costa et Grandits, 1989). 12 866 sujets masculins de l'étude MRFIT ont été suivis pendant 16 ans. Leur score total d'hostilité initiale (entretien structuré) prédit la mortalité cardio-vasculaire au cours du suivi, même après contrôle des autres facteurs de risque (Matthews, Gump, Harris, Haney et Barefoot, 2004).

Il existe plusieurs entretiens structurés permettant d'évaluer l'hostilité d'une personne au cours d'un entretien. Si leur inconvénient est leur coût (observateurs entraînés nécessaires, enregistrement vidéo indispensable), leur avantage tient à leur validité *écologique*. Il s'agit en effet de situations sociales en miniature où l'hostilité potentielle de certains sujets peut s'exprimer « comme dans la vie ». Elles permettent à des observateurs de saisir des aspects comportementaux et expressifs de l'hostilité difficiles à déceler par d'autres méthodes et qui se sont avérés particulièrement pathogènes pour la santé cardio-vasculaire.

4.4 Hostilité, colère, agressivité et pathologies cardio-vasculaires : un bilan

Les hypothèses concernant les relations hostilité, agressivité ou colère, d'une part, et réactivité et pathologies cardio-vasculaires, d'autre part, ont donné lieu à un nombre important de publications. Les premières synthèses (Smith, 1992 ; Miller *et al.*, 1996) ont apporté beaucoup de résultats, mais ont suscité des objections : validité de construit insuffisante des outils d'évaluation ; résultats rarement dupliqués ; échantillons peu variés ; rareté des études prospectives. Malgré les réserves de certains auteurs (Myrtek, 2001), les résultats récents rapportés quant aux relations entre hostilité et pathologies cardio-vasculaires sont bien meilleurs, sans doute en raison de la qualité croissante des outils et des études (Chida *et al.*, 2009 ; Smith, Glazer, Ruiz et Gallo, 2004 ; Vollrath, 2006).

Plusieurs synthèses et méta-analyses ont paru depuis 1996 (elles sont rapportées par Smith *et al.*, 2004, p. 1234-1240 et par Vollrath, 2006, p. 24). Elles confirment que l'hostilité est bien le « noyau toxique » du type A et a une relation stable, mais modérée, avec l'incidence et le développement des pathologies coronariennes. Cette relation varie selon les mesures d'hostilité (elle est plus forte si l'hostilité est évaluée par des ES), le type d'étude (transversale/prospective), le statut des sujets (en bonne santé/patients) et leur genre. C'est bien l'hostilité expressive (plutôt que névrotique) qui est un facteur de risque coronarien.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Chida *et al.* (2009) ont effectué deux méta-analyses, l'une de vingt et une études où l'hostilité et la colère sont des facteurs de risque et l'autre de 19 études où ce sont des facteurs de pronostic (sujets ayant à l'inclusion une pathologie CHD). L'hostilité et la colère sont bien des facteurs de risque (augmenté de 19 %) et de pronostic défavorable (augmenté de 23 %), ceci après contrôle des caractéristiques de la pathologie et des traitements. Ces effets nocifs sont relativement plus marqués chez les hommes que chez les femmes. L'hostilité expressive et la colère réprimée, surtout si elles sont conjuguées, ont des effets cardio-vasculaires dysfonctionnels en population générale comme chez les patients (athérogenèse, réactivité cardiovasculaire en situation sociale aversive, pathologies coronariennes). Les chemins par lesquels ces effets s'exercent, différant selon le statut et le genre, restent encore à préciser.

4.5 Effets de l'hostilité sur la santé cardio-vasculaire, hypothèses explicatives

Un modèle biopsychosocial est souvent proposé pour rendre compte des effets délétères de la colère et de l'hostilité sur la santé cardio-vasculaire. Les sujets potentiellement hostiles interprètent certaines situations sociales de façon bien particulière (provocation, défi, humiliation, etc.), ce qui induit chez eux une hyper-réactivité cardio-vasculaire (augmentation du rythme cardiaque, de la tension artérielle) et neuro-endocrinienne (adrénaline, noradrénaline, cortisol, testostérone) ainsi qu'un retour difficile à un état normal (et un mauvais sommeil). Tout ceci peut à la longue fragiliser le système cardio-vasculaire (artères coronaires en particulier) et précipiter les accidents cardiaques aigus en cas de rétrécissement de ces artères. Cette hypothèse est compatible avec les résultats disponibles (Heaney *et al.*, 1996 ; Smith et Gallo, 2001)[1].

Certains auteurs proposent un modèle psychosocial de la vulnérabilité cardio-vasculaire, selon lequel les individus hostiles sont plus exposés à des situations sociales conflictuelles et reçoivent peu de soutien social des amis, collègues et du conjoint. Ceci les empêcherait d'avoir des relations intimes et durables. Dans les couples où l'un des deux a un

1. Diverses réponses associées à l'hostilité sont supposées avoir des effets cardio-vasculaires nocifs : élévation du taux de lipides plasmatiques, processus inflammatoires, syndrome métabolique, taux de TNF-α et d'IL-6, activation des plaquettes, etc.

score élevé de colère-trait, la satisfaction conjugale du conjoint décroît au fil du temps (Glazer *et al.*, 2002a)[1].

Le modèle transactionnel ajoute à ce qui précède l'idée que les individus hostiles ne font pas que subir des situations sociales stressantes, mais qu'ils les provoquent. Ils reçoivent et prodiguent moins de soutien social aux autres et, lorsqu'ils en reçoivent, celui-ci leur est moins bénéfique. Leur style cognitif et comportemental (être désagréable, interpréter les intentions d'autrui comme malveillantes, etc.) entretient et renforce leur exposition à des situations sociales conflictuelles (Brondolo *et al.*, 2003).

Les hypothèses issues du modèle HBM (voir *infra*, chap. 5) suggèrent que l'hostilité est associée à un style de vie à risque (alcoolisme, tabagisme, sevrage plus difficile, faible activité physique, faible adhésion à un traitement, etc.), ce qui est en accord avec les résultats disponibles (Siegler *et al.*, 2003)[2]. Il existe également un modèle relatif à la vulnérabilité constitutionnelle des individus hostiles, qui n'a reçu pour l'instant qu'un support très partiel.

Ces différentes hypothèses ne sont pas exclusives et il reste à construire des modèles qui les intègrent et comprennent des facteurs physiologiques, dispositionnels et situationnels pathogènes. Il reste également à comprendre pourquoi les processus transactionnels élaborés par les individus hostiles placés dans des situations sociales stressantes sont aussi pathogènes. Si l'on a bien avancé quant au faible soutien social qu'ils reçoivent et procurent, on sait peu de choses sur les stratégies d'ajustement qu'ils élaborent face à un contexte social aversif. Croyant sans doute que l'entourage est mal intentionné et que les événements échappent à leur contrôle, renoncent-ils à des stratégies centrées sur le problème pour adopter des stratégies émotionnelles (colère), stratégies souvent inefficaces et nocives (voir *infra*, chap. 6).

4.6 Interventions et prises en charge psychosociales

La colère, l'agressivité et l'hostilité peuvent être utiles et adaptatives (en tant que signaux sociaux) et il n'est pas question d'essayer de les supprimer. Il faut cependant les prendre parfois au sérieux, par exemple

1. La colère et l'hostilité d'un membre du couple a des effets cardio-vasculaires nocifs sur les deux époux (Smith *et al.*, 2004).

2. Le modèle de la vulnérabilité constitutionnelle suggère que des différences génétiques seraient responsables à la fois de la labilité du système nerveux autonome et des réactions agressives des sujets hostiles.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

lorsque des patients cardio-vasculaires ont des niveaux très élevés d'hostilité (surtout conjugués à la répression de la colère) dont on connaît à présent l'impact physiologique (pression artérielle, cholestérol, rythme cardiaque, athérosclérose, etc.). Des interventions psychosociales auprès de patients coronariens ont des effets bénéfiques sur leurs taux de morbidité et de mortalité (Smith et Ruiz, 2002). Des techniques centrées sur la réduction de l'hostilité chez de jeunes adultes semblent atténuer certains facteurs de risque cardio-vasculaire (Siegler *et al.*, 2003). Des perspectives interpersonnelles et développementales fournissent des cadres utiles pour ces interventions (Smith *et al.*, 2004).

Les interventions psychologiques peuvent être des compléments utiles dans la prévention et le traitement des maladies cardio-vasculaires (Chida *et al.*, 2009 ; Mikolajczak, 2011). La méta-analyse des résultats de vingt-trois essais cliniques concernant 9 856 patients atteints de pathologies cardio-vasculaires montre que des interventions psychologiques réduisent significativement la mortalité et la récurrence après un épisode cardiaque aigu, mais seulement chez les hommes et si le traitement commence au moins deux mois après l'événement (Linden, Phillips et Leclerc, 2007). Une différence d'efficacité entre les interventions (technique utilisée, contenu psychologique, durée) n'est pas observée. Peu d'interventions psychosociales ont pour objectif d'atténuer l'hostilité afin de prévenir ses effets nocifs (voir cependant Williams *et al.* 2006, p. 264-269).

5. L'alexithymie et les maladies psychosomatiques

Dans les études psychosomatiques des années 1950 (école de Chicago, Alexander, Dunbar) fut décrit un profil de personnalité caractérisant les patients psychosomatiques[1]. L'école psychosomatique française a popularisé la notion de « pensée opératoire » (Marty et de M'Uzan, 1963, 1994), avant que ne s'impose celle d'« alexithymie » (Sifneos, 1973)[2]. Les caractéristiques communes observées chez ces patients seraient l'incapacité à identifier et exprimer leurs émotions (ce qui les différencie des sujets névrosés) et une pensée concrète, factuelle et pauvre en images et en affects.

1. Les « maladies psychosomatiques » (ou fonctionnelles, ou maladies médicalement inexpliquées) n'ont pas en général de cause décelable et sont attribuées à des facteurs psychologiques (stress, angoisse, dépression, etc.).

2. Pour la pensée opératoire, voir Consoli (1996) et Jeammet *et al.* (1996) ; pour l'alexithymie, Pédinielli (1992).

5.1 Définitions

Pour désigner le fonctionnement de patients souffrant de maladies chroniques, l'école de Boston (Sifneos et Nemiah) proposa la notion d'alexithymie (Nemiah, Freyberger, et Sifneos, 1976), concept proche de celui de pensée opératoire. L'alexithymie désigne :

1) la difficulté à identifier et distinguer ses émotions ;
2) la difficulté à les verbaliser ;
3) une vie imaginaire pauvre ;
4) une pensée descriptive et pragmatique (Taylor, Bagby et Parker, 1997).

On admet aujourd'hui qu'il s'agit plus d'une déficience dans le traitement cognitif et la régulation des états émotionnels que d'un mécanisme défensif (Lumley, Neely et Burger, 2007). Cette « cécité affective » contribuerait au développement de divers troubles somatiques et psychiatriques (selon des mécanismes détaillés par Zimmerman, 2008, p. 119-122).

L'alexithymie est considérée généralement comme une disposition (elle est stable au test-retest). Elle est proche de l'anxiété, du névrosisme et de la dépression (Bagby *et al.*, 1994 a et b) et à d'autres dimensions de la personnalité, ce qui plaide en faveur de son statut de trait (De Gucht et al., 2004a, 2004b). Selon Lumley (2007), elle est liée à trois des cinq facteurs du modèle FFM : forte vulnérabilité (facteur N +), faible ouverture aux sentiments (facteur O –), forte recherche de sensations (facteur E +).

Elle est censée augmenter la vulnérabilité vis-à-vis de divers troubles somatiques, psychologiques et addictifs[1]. Sa prévalence, selon Loas (2010), Mattila *et al.* (2006) et Pédinielli (1992), serait de 10 % à 23 % dans la population générale, de 20 % à 60 % chez les personnes atteintes de diverses maladies somatiques ou présentant certains troubles (stress post-traumatique, dépressions, patients psychiatriques) et plus encore chez les sujets dépendants à des substances (alcooliques, toxicomanes).

5.2 Échelles d'évaluation de l'alexithymie, le TAS-20

Il existe diverses techniques permettant d'évaluer l'alexithymie : échelles d'observation, questionnaires, tests projectifs, tests objectifs (Pédinielli, 1992 ; Loas, 2010). La TAS originelle (Taylor Alexithymia Scale) à vingt-six items et sa version à vingt items surtout, la TAS-20 (*Toronto Alexithymia*

1. L'alexithymie secondaire serait une stratégie d'ajustement transitoire élaborée face à des situations aversives (maladie, traumatisme), élaborée sans doute pour se protéger contre des émotions intenses (Corcos *et al.*, 2003).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Scale) de Bagby *et al.* (1994a, 1994b), ont été très populaires. On trouvera une synthèse des études réalisées sur la TAS-20 dans Taylor et Bagby (2003). Celle-ci permet d'évaluer trois facteurs : difficulté à identifier ses sentiments (DIS), difficulté à décrire et exprimer ses sentiments (DDS), pensée orientée vers la réalité extérieure (POE). Ses qualités psychométriques sont globalement correctes, mais sa structure factorielle est instable et le facteur POE pose des problèmes en raison notamment de sa faible homogénéité (Kooiman, Spinhoven et Trijsburg, 2002).

Loas et ses collègues (1995) ont réalisé l'adaptation française du TAS-20 (voir tableau 3.8). Dans une étude menée sur les réponses de deux cent soixante-trois étudiants, ils ont identifié par AFE deux facteurs : l'un regroupe les difficultés à identifier et à décrire ses sentiments, le second correspond à une pensée orientée vers la réalité extérieure (Loas *et al.*, 1996). Ils ont aussi administré la TAS-20 à six cent cinquante-neuf patients dépendants (conduites alimentaires, substances) et à sept cent soixante-neuf sujets en bonne santé, dont les réponses ont été analysées séparément par des AFC. La structure en trois facteurs (les mêmes que ceux de Taylor et Bagby, cités plus haut) s'ajuste mieux aux données que celle en deux facteurs. Les sujets ayant une addiction ont des scores supérieurs sur les deux premiers : difficulté à identifier ses sentiments et difficulté à les décrire (Loas *et al.*, 2001).

Kooiman *et al.* (2002) ont fait une recension des études ayant validé le TAS-20 (réalisées surtout avec des étudiants et peu avec des patients), dont la leur, effectuée sur cent cinquante-neuf patients psychiatriques et cinq cent dix-neuf étudiants néerlandais. Dans la plupart des analyses menées sur des patients, la difficulté à identifier ses sentiments et la difficulté à les décrire se regroupent en une seule dimension. La solution en trois facteurs est instable et l'homogénéité du facteur pensée orientée vers l'extérieur est faible. Le TAS-20 ayant en outre l'inconvénient de ne pas explorer la vie imaginaire, les auteurs recommandent dans la pratique clinique d'utiliser des outils complémentaires[1].

1. Le BIQ (*Beth Israel Questionnaire*) de Sifneos (1973), le Karolinska Psychodynamic Profile de Weinryb et Roessel (1991), les échelles d''ouverture aux sentiments et à l'imaginaire du NEO-PI (Costa et Mc Crae, 1992).

Tableau 3.8 – *Échelle d'Alexithymie de Toronto TAS-20 (Bagby* et al.*, 1994a) ; version française de Loas, Frémeaux et Marchand (1995).*

1. Il m'arrive de ne pas savoir quelle émotion j'éprouve exactement.
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins n'arrivent pas à comprendre.
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.*
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.*
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.
7. Souvent, je n'arrive pas à expliquer certaines sensations au niveau de mon corps.
8. Je préfère laisser les choses arriver plutôt que de comprendre pourquoi elles se passent ainsi.
9. J'ai des sentiments que je n'arrive pas à identifier.
10. Être à l'écoute des émotions est essentiel.*
11. Cela m'est difficile de décrire mes sentiments vis-à-vis des gens.
12. On m'a déjà demandé de décrire davantage ce que je ressens.
13. Je ne sais pas très bien ce qui se passe à l'intérieur de moi.
14. Cela m'arrive de ne pas savoir pourquoi je suis en colère.
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités plutôt que de leurs sentiments.
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films ou pièces psychologiques.
17. Cela m'est difficile de révéler mes sentiments intimes, même à des amis proches.
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un, même dans les moments de silence.*
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre des problèmes personnels.*
20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre gâche un peu le plaisir.

Les 20 items, auxquels on doit répondre de 1 (pas du tout d'accord à 5 (tout à fait d'accord) mesurent : la difficulté à identifier ses sentiments (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), la difficulté à décrire ses sentiments (2, 4*, 11, 12, 17) et une pensée orientée vers la réalité (5*, 8, 10*, 15, 16, 18*, 19*, 20). Les items à cotation inversée sont signalés par un*.

5.3 Alexithymie, troubles somatiques, psychiatriques et addictions

L'alexithymie s'est avérée associée à des problèmes de santé variés : problèmes cardio-vasculaires (Grabe *et al.*, 2010), maladies psychosomatiques (Lumley *et al.*, 1996, 2007 ; Taylor, 2000), mortalité accrue (Kauhanen *et al.*, 1996 ; Tolmunen *et al.*, 2010). Des niveaux élevés d'alexithymie sont trouvés chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde, d'hypertension, d'ulcères, de douleurs chroniques et dans

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'autres groupes de patients (Taylor *et al.* 1997). Dans une étude menée en population générale sur plus de cinq mille sujets, Mattila *et al.* (2007) trouvent que l'association entre alexithymie et somatisation (sous-échelle du SCL-90) tient, même après contrôle de divers facteurs de confusion (santé objective, anxiété, dépression).

Beaucoup d'études montrent que l'alexithymie est associée à des comportements à risque et à des troubles des conduites alimentaires (Lumley *et al.*, 2007 ; Ferguson 2013). Les scores d'alexithymie sont plus élevés chez les personnes présentant des conduites de dépendance, notamment chez les consommateurs de substances psychoactives et ce, quelle que soit la substance consommée (Lilliaz et Varescon, 2012).

5.4 Voies par lesquelles l'alexithymie affecte la santé

L'alexithymie serait l'incapacité à moduler son niveau d'éveil en exprimant les émotions, en utilisant l'imaginaire, en recherchant ou utilisant du soutien social. D'où un état d'activation physiologique et des dérégulations neuro-endocriniennes durables contribuant à l'incidence d'affects négatifs, de comportements compulsifs et de symptômes physiques divers (Taylor *et al.* 1997). Quelques études expérimentales semblent indiquer que l'alexithymie est associée à une faible compétence immunitaire et à une intense activation physiologique (autonome et cardio-vasculaire), mais leurs résultats sont complexes et contradictoires (Luminet *et al.*, 2004 ; Lumley, 2007)[1].

Il est établi par des études transversales que l'alexithymie est associée à la fréquence de divers comportements compulsifs et à risque, qui médiatiseraient ses effets sur la santé. Une étude prospective, menée sur 2 297 adultes suivis plus de cinq ans, a montré que l'alexithymie est associée à la mortalité (toutes causes), et particulièrement au décès par blessure, suicide ou homicide, issues très probablement associées à des comportements dysfonctionnels (Kauhanene *et al.*, 1996).

Les recherches menées sur l'attachement ont montré l'importance des relations affectives précoces sur l'acquisition de stratégies de régulation émotionnelle chez le jeune enfant (Cole *et al.*, 2004). Vers l'âge de deux ans, la fonction symbolique et le langage lui permettent de verbaliser ses sentiments. Il a été observé qu'un déficit dans la régulation

1. Une relation a été observée entre l'incapacité à reconnaître ses émotions et l'activation du cortex cingulaire antérieur (et entre scores d'alexithymie et taille du cortex cingulaire antérieur droit). Or celui-ci participe à l'expérience consciente des émotions et à la régulation des réponses viscérales associées (Zimmermann, 2008).

émotionnelle est lié à des carences dans les relations affectives précoces (Troisi *et al.*, 2001). Une étude rétrospective menée sur deux cent un sujets montre que l'alexithymie est négativement corrélée aux soins maternels reçus pendant l'enfance (Fukunishi *et al.*, 1999b).

La difficulté à décrypter ses propres expériences émotionnelles inhibe les capacités des individus à entendre et à comprendre les états affectifs d'autrui. Ce manque d'empathie a été mis en évidence chez les patients alexithymiques (Guttman et Laporte, 2002). Ceux-ci bénéficient en retour de moins de soutien social que les autres, ce qui peut avoir des effets défavorables sur leur santé physique et mentale (Zimmermann *et al.*, 2008).

5.5 La prise en charge des patients alexithymiques

Les alexithymiques rapportent plus de symptômes que les autres et utilisent davantage les services de soins (Lumley, 2007). Malgré cette consommation, la faible adhésion thérapeutique des patients alexithymiques et des problèmes relationnels entre les médecins et ces patients ont été rapportés (Rastling, Brosig, et Beutel, 2005). L'alexithymie est l'une des caractéristiques des patients affectant défavorablement l'issue des prises en charge thérapeutiques (Lumley, 2007).

Il semble que même des techniques fondées sur l'expression des émotions, comme l'écriture émotionnelle, n'ont pas d'effets bénéfiques sur des patients alexithymiques (O'Connor et Ashley, 2008 ; Vollrath, 2006, p. 289). À notre connaissance, une seule étude a testé l'effet d'une intervention spécifique visant à diminuer l'alexithymie chez des patients cardiaques. Une diminution des scores d'alexithymie et des issues cardio-vasculaires plus favorables ont été observées dans les deux années suivantes (Beresnevaite, 2000).

Cette notion a débordé largement le champ psychosomatique d'où elle était issue[1]. Si elle est plus marquée chez les patients, est-elle inductrice ou induite par leur pathologie ? Seules des études prospectives menées sur de grands échantillons permettront de démêler dans le phénomène alexithymique la part des causes et des effets. L'alexithymie apparaît bien comme une constellation stable de traits, peu affectée en général par les variations de l'environnement (Luminet, Bagby et Taylor,

1. Sa place par rapport à des notions voisines (pensée opératoire, déni, répression émotionnelle) et vis-à-vis de divers aspects de la personnalité (empathie, conscience émotionnelle, intelligence émotionnelle) reste à préciser.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

2001). Mais elle peut aussi se manifester en réaction à certaines situations et événements (traumatisme, maladie)[1]. L'alexithymie a résisté et survécu à plus de trente années de controverses et elle intéresse toujours les chercheurs et les cliniciens (Zimmerman, 2008). Le paragraphe que nous venons de lui consacrer montre cependant le travail restant à accomplir pour établir plus solidement sa validité théorique.

6. Le névrosisme

On a tout d'abord recherché les *types* de personnalité prédisposant à une maladie particulière (types A, C, D) ou à des affections de type psychosomatique (alexithymie). La méta-analyse de Friedman et Booth-Kewley (1987), menée à partir de cent une études distinctes, a montré qu'il n'y avait pas de *profil de personnalité* spécifique selon la maladie des patients (cardio-vasculaire, cancer, migraine, arthrite rhumatoïde, etc.) mais des *traits* (dimensions unitaires) ayant des effets nocifs ou protecteurs *non spécifiques* et pouvant se combiner. Une relation stable a été observée entre certains traits de personnalité (anxiété, dépression, névrosisme, etc.) et le risque de développer diverses pathologies. Friedman *et al*. (1987) proposent pour les désigner le concept générique de « personnalité prédisposée aux maladies ».

Pour chacun de ces traits nous nous demanderons s'ils sont associés à diverses maladies physiques aiguës et chroniques (co-morbidités) et s'ils sont des facteurs de risque et de pronostic significatifs vis-à-vis de ces maladies. Nous présenterons quelques hypothèses concernant les chemins par lesquels ces aspects de la personnalité peuvent affecter la santé somatique, puis les résultats des interventions thérapeutiques parfois élaborées pour atténuer le caractère aversif des maladies ou la nocivité des traits de personnalité qui leur sont associés.

6.1 Définitions et mesures du névrosisme

Le névrosisme (N), facteur identifié par Eysenck en 1947, correspond à l'instabilité émotionnelle et à l'hyper-réactivité, associé à la labilité du système nerveux autonome. Eysenck a élaboré pour l'évaluer des

1. Dans certains cas l'alexithymie peut donc être un état. D'autres traits, comme la colère ou l'anxiété, prédisposent également à présenter certains états émotionnels dans certaines situations (colère-état, anxiété-état).

outils successifs : MPI, EPI, EPQ, EPQ-R (Eysenck et Eysenck, 1991). Le « névrosique » ressent des émotions négatives (anxiété, dépression, colère), il est tendu, irritable, inquiet, jaloux, hostile et vulnérable ; sensible aux chocs émotionnels, il présente des plaintes somatiques. Le névrosisme n'est pas assimilable à la névrose (c'est un trait continu et non une catégorie clinique).

On trouvera l'histoire du modèle FFM (*Five Factor Model*) dans Rolland (2004). Cette structure en cinq grands facteurs reste stable même en faisant varier la méthode d'évaluation, l'échantillon ou le pays. Le modèle FFM a été validé par un nombre considérable d'études et le NEO PI-R (Costa et Mc Crae, 1992) est l'échelle la plus utilisée à présent. Ces cinq facteurs sont associés à de nombreux critères externes : réussite scolaire et professionnelle, troubles de la personnalité, bien-être, maladies somatiques, longévité (Kotov, Gamez, Schmidt et Watson, 2010). Le névrosisme est l'un de ces cinq facteurs[1]. Il se caractérise par la tendance à avoir des émotions et cognitions négatives (tristesse, colère, anxiété, culpabilité, détresse, frustration, etc.) et il est considéré comme un facteur de vulnérabilité non spécifique.

6.2 Névrosisme et santé mentale

On s'intéresse de plus en plus à l'interface entre les classifications de la personnalité en dimensions et en catégories (Krueger et Eaton, 2010). Les cinq grands facteurs se sont avérés associés aux troubles de la personnalité du DSM (Bagby, Marshall et Georgiades, 2005 ; Saulsman et Page, 2004). Une méta-analyse des études menées sur les liens entre névrosisme et troubles mentaux (33 échantillons) montre que les scores N sont systématiquement plus élevés chez les patients psychiatriques (Malouff, Thorsteinsson et Schutte, 2005). Kotov *et al.* (2010) font une revue quantitative de cent soixante-quinze études (1980-2007) publiées sur les relations entre les cinq grands facteurs et certaines catégories de troubles mentaux (troubles anxieux, troubles dépressifs, dépendance à des substances). Tous les groupes diagnostiques ont des scores N élevés et des scores C (et parfois E) faibles. Les auteurs soulignent l'intérêt du névrosisme pour les recherches et la pratique cliniques.

1. Les autres facteurs sont : A, agréabilité (gentil, chaleureux…) ; C, être consciencieux (fiable, ordonné, discipliné…) ; E, extraversion (être sociable, gai, énergique…) ; O, ouverture (curiosité, imagination, culture…). Le Névrosisme du NEO PI comprend six facteurs de 1er ordre : anxiété, hostilité, dépression, impulsivité, timidité sociale et vulnérabilité. Pour la version française du NEO PI, voir Rolland et Mogenet (1998).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

6.3 Névrosisme et santé somatique

Une relation a été décrite entre le névrosisme et certains symptômes somatiques (douleurs diverses, troubles digestifs, etc.) par Friedman et Booth-Kewley (1987), mais cette synthèse a été critiquée : elle n'est pas exhaustive, les recherches transversales et prospectives y sont combinées, les aspects objectifs (*illness*) et auto-évalués (*disease*) des maladies ne sont pas distingués. Il semble que des relations significatives entre névrosisme et maladie physique n'apparaissent que lorsque l'issue de santé, pour les douleurs dans la poitrine et les maladies coronariennes, par exemple, est auto-évaluée (Adler *et al.*, 1994). Lorsque l'issue est évaluée objectivement (angiographie par exemple), ses relations avec le névrosisme sont inconsistantes.

Une relation forte est très généralement rapportée entre le névrosisme et les plaintes somatiques depuis Watson et Pennebaker (1989). Celle-ci serait en partie due à la contamination des prédicteurs et des critères par un style perceptivo-cognitif commun (vulnérabilité perçue, préoccupations somatiques, sensibilité à la douleur) dénommé l'« amplification des symptômes » (Barsky *et al.* 1998) (voir tableau 3.9). Ainsi, beaucoup d'auteurs avec Stone et Costa (1990) pensent que le névrosisme correspond davantage à une personnalité prédisposée à la détresse (*distress-prone personality*) qu'à une personnalité prédisposée à la maladie (*disease-prone personality*).

Tableau 3.9 – *L'échelle d'amplification des symptômes de Barsky* et al. *(1988).*

1. Des bruits forts et soudains me perturbent.
2. Je ne me sens pas à l'aise dans un endroit trop chaud ou trop froid.
3. Je ne supporte pas la douleur aussi bien que la plupart des gens.
4. Je perçois ce qui se passe à l'intérieur de mon corps.
5. Je ressens les contractions de mon estomac quand j'ai faim.

Chaque item doit être évalué de 0 (jamais) à 4 (très souvent). Selon cet auteur, la moyenne est de 8,9, l'écart-type de 4,3 et le coefficient d'homogénéité α de 0.72.

Le névrosisme est-il un véritable facteur de risque ? Deux points de vue s'affrontent. L'un considère que la relation entre N et les problèmes de santé physique est tautologique puisque ces deux variables sont presque toujours auto-évaluées (Stone *et al.*, 1990 ; Ormel, 2004). L'autre reconnaît que le névrosisme est certes associé à des plaintes somatiques, mais *qu'il a en outre* des relations avec l'incidence objective de certaines

maladies (Deary *et al.*, 2010 ; Friedman, 1990 ; Vandervoot, 1995). Lahey (2009) rappelle la stabilité des relations observées entre le névrosisme et les pathologies mentales et/ou somatiques, l'utilisation des services de soins, la qualité de vie et la longévité : ces relations subsistent, même lorsque les issues sont évaluées objectivement ou par un tiers.

Turk, Charles, Gatz, Kato et Pedersen (2008) rappellent que le névrosisme est associé de façon consistante à un « cluster » de symptômes et de pathologies (arthrite, maladies cardiaques et cardio-vasculaires, ulcères, migraines, ulcères, fatigue chronique). Pour éviter le risque de contamination réciproque des prédicteurs et des critères propre aux études transversales, ils ont mesuré en 1973 le névrosisme (à l'aide de l'EPI) et l'état de santé de 21 676 adultes (âgés de 15 à 47 ans), puis treize issues de santé (estimées par auto- et hétéro-évaluation) vingt-cinq ans après[1]. Un score de névrosisme élevé au départ augmente la probabilité de présenter l'une de ces pathologies vingt-cinq ans plus tard. Des résultats similaires ont été observés dans huit autres études prospectives citées par Chapman (2011, p. 7).

Pourtant, le névrosisme n'est pas toujours associé à la morbidité et à la mortalité. Friedman (2010) et Chapman (2011) citent une dizaine d'études aboutissant à des résultats non significatifs ou inversés (N est associé dans deux études à un risque réduit de mortalité). Plusieurs interprétations peuvent être avancées : le niveau socio-économique des sujets n'est pas toujours contrôlé (or N est positivement corrélé à un faible niveau socio-économique, dont on sait qu'il prédit des issues de santé péjoratives) ; certains aspects du névrosisme (attention portée à ses symptômes) pourraient être protecteurs ; enfin, le névrosisme est évalué différemment selon les études (l'EPI et ses dérivés et le NEO PI ont des contenus distincts)[2].

Les résultats encourageants des études ayant utilisé des critères objectifs de santé et un protocole longitudinal ravivent l'intérêt des chercheurs pour le névrosisme. Une étude clinique testant les effets d'une intervention visant à réduire la détresse émotionnelle de patients coronariens a abouti non seulement à une réduction significative de leur

1. Ces issues, choisies pour leur lien supposé avec la personnalité, étaient : douleur chronique, arthrite, douleurs articulaires, migraines, céphalées, fatigue chronique, colite ulcéreuse, ulcère de l'estomac, ulcère duodénal, syndrome de l'intestin irritable, reflux gastrique, angine de poitrine, infarctus du myocarde.

2. Seule l'échelle N de l'EPI contient des items concernant l'attention portée à ses problèmes de santé (6 sur 24). Se préoccuper de sa santé et y être attentif incite sans doute à se soigner et à consulter davantage. Le facteur N du NEO PI comprend 6 facettes distinctes (voir note 1, page 235), dont les effets sur la santé devraient être éprouvés séparément.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

score de névrosisme, mais aussi à une diminution de leur risque de mortalité lors d'un suivi de 9 ans (Denollet et Brutsaert, 2001). Peut-être essaiera-t-on de comprendre comment le névrosisme affecte la santé et selon quels mécanismes (génétique, psychosocial, neuro-endocrino-immunitaire) ?

7. L'anxiété

7.1 L'anxiété : définitions et conceptions

L'anxiété se définit par un état subjectif de détresse, un sentiment pénible d'attente et d'appréhension vis-à-vis d'un danger à la fois imminent et imprécis. À la différence de la peur, l'anxiété survient en dehors d'une menace objective ou de façon disproportionnée (Lavoie, Moullec et Sultan, 2012). Elle s'accompagne de symptômes somatiques : tachycardie, pâleur ou rougeur, tremblements, sudation, associés à des dysfonctionnements neurovégétatifs. Les pensées sont centrées sur des thèmes négatifs (échec, peur, mort…) ; les troubles du sommeil et de l'humeur (irritabilité, plaintes) sont souvent présents (Guelfi *et al.*, 2004). Plusieurs modèles proposent une étiologie de ces troubles (psychanalytiques, neuropsychologiques, perceptivo-cognitifs). On trouvera une présentation de ces approches et des prises en charge correspondantes dans Trouillet *et al.* (2012).

7.2 L'évaluation de l'anxiété

En psychiatrie, on a considéré longtemps l'anxiété d'un point de vue typologique (catégoriel). Pour les différentes versions du DSM, il existe des catégories de troubles anxieux, chacun correspondant à une configuration de symptômes[1]. On peut évaluer la nature et l'intensité des symptômes par hétéro-évaluation : HADS de d'Hamilton dont sept items mesurent l'anxiété somatique et psychique, très utilisée ; échelle de Covi simple et rapide (trois domaines : plaintes anxieuses, symptômes somatiques, comportement), échelle d'anxiété de Tyrer (Paulhan *et al.*, 1995 ; Poirot, 2005).

1. Ces catégories sont pour le DSM-IV-R : trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, état de stress aigu, anxiété généralisée.

L'anxiété est également considérée comme un trait, dimension continue des conduites décrivant des différences interindividuelles de sensibilité à des situations et événements perçus comme menaçants[1]. Les échelles d'auto-évaluation de l'anxiété sont nombreuses : échelle d'anxiété de Cattell ; Check-list d'adjectifs (ACL) de Zuckerman ; BATE (*Bonis Anxiété Trait-État*) ; échelle d'anxiété manifeste (MAS) de Taylor. La plus utilisée est le STAI-Y (*State-Trait, Anxiety Inventory*), de Spielberger *et al.* (1983), très valide, dont il existe une adaptation française (Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993). L'anxiété-trait est la propension stable à s'inquiéter et à se sentir perturbé ; l'anxiété-état est la tension et l'appréhension momentanées induites par une menace réelle ou perçue.

7.3 Anxiété et problèmes de santé

Plusieurs études citées dans le chapitre 3 de la précédente édition de cet ouvrage montraient que l'anxiété accompagnait divers problèmes de santé : asthme, ulcères, arthrite, migraines, hypertension, maladies cardio-vasculaires. La prévalence des troubles anxieux est supérieure chez les sujets ayant une maladie chronique et, inversement, la morbidité et la mortalité (pour les maladies cardio-vasculaires et les AVC notamment) sont supérieures chez les sujets anxieux, toutes choses égales par ailleurs (Vandervoort, 1995).

7.3.1 Prévalence

D'après une étude de Finan *et al.* (2008), menée sur deux cent vingt-sept patients atteints d'arthrite rhumatoïde, les patients anxieux (HADS) ont des scores de douleur (échelle analogique) supérieurs à ceux des non anxieux. Dans une méta-analyse de deux cent quarante-quatre études parues de 1980 à 2001 sur les relations entre anxiété (et dépression) et maladies fonctionnelles (SII, dyspepsie non ulcéreuse, fibromyalgie, fatigue chronique), Henningsen *et al.* (2003) observent qu'elles sont significatives dans tous les cas. Selon Mikkelsen *et al.* (2004), 50 % des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) présentent un trouble panique ou une anxiété généralisée. Clarke et Currie (2009) font la recension de cent cinquante-neuf études

1. L'anxiété est soit un facteur de 1er ordre, composante d'un facteur de Névrosisme plus général (modèle FFM), soit un facteur de 2e ordre (Cattell). L'anxiété et le névrosisme, traits distincts, sont néanmoins positivement intercorrélés.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

menées en 1995-2007 sur la fréquence de l'anxiété et de la dépression chez des patients (maladies cardio-vasculaires, AVC, diabète, asthme, cancers, arthrite rhumatoïde, ostéoporose). Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les patients ayant une maladie cardio-vasculaire, un AVC ou un cancer que dans la population générale.

Roy-Byrne *et al.* (2008) font la synthèse de cent quatre-vingt-dix-huit études concernant les relations entre anxiété (catégories du DSM ou scores HADS) et la prévalence de diverses pathologies somatiques (asthme, maladies cardio-vasculaires, cancers, douleur chronique et SII). Parmi celles-ci, figure l'enquête NCS (*National Comorbidity Survey*) menée sur environ dix mille Américains en 2001-2002. La prévalence de l'hypertension, de l'arthrite, de l'asthme et des ulcères est plus élevée chez les sujets présentant un trouble anxieux qu'en population générale. Beaucoup moins étudiée que la dépression, l'anxiété émerge dans les études récentes comme possible facteur de risque et de pronostic.

7.3.2 L'anxiété, facteur de risque

Suls et Bunde (2005) font la revue des études concernant l'anxiété comme facteur de risque de pathologie coronarienne (CHD). En sélectionnant les études prospectives où un diagnostic médical a été fait à l'inclusion, l'anxiété apparaît comme facteur de risque de pathologie coronarienne (le risque relatif varie de 2,4 à 7,8). Une méta-analyse a été menée par Roest, Martens, de Jonge et Denollet (2010) sur vingt études prospectives (concernant au total 249 846 individus, dont la personnalité a été évaluée à l'inclusion, suivis en moyenne 11,2 ans). L'anxiété est associée à la morbidité et à la mortalité coronarienne (même après contrôle d'autres facteurs de risque). Le fait qu'elle soit définie de façon hétérogène dans ces études (catégorie de troubles, anxiété-trait, anxiété-état) ne permet pas de savoir quel en est l'aspect le plus toxique.

L'anxiété, facteur de pronostic. Suls et Bunde (2005) rapportent les résultats de quatorze études menées sur l'anxiété comme facteur de pronostic défavorable (récidive, arrêt cardiaque) chez des patients ayant une insuffisance coronarienne (groupes d'effectif variant de 86 à 5 057), suivis de quatre mois à dix ans. Dans cinq études seulement, l'anxiété prédit significativement la morbidité ou la mortalité cardiaque ultérieures ; on ne peut la considérer pour l'instant comme facteur de pronostic défavorable chez les patients coronariens. Ces résultats inconsistants pourraient être dus au fait de ne pas avoir distingué dans ces études

l'anxiété comme disposition de l'anxiété-état induite par la maladie, l'hospitalisation et les traitements[1].

7.4 Modèles explicatifs et interventions

Les mécanismes sous-jacents aux effets de l'anxiété sur la santé (cardio-vasculaire notamment), restent à élucider. La tâche sera complexe : les dimensions de l'affectivité négative (NA, dépression, anxiété) se chevauchent et les mesures et définitions de l'anxiété sont hétérogènes. Pour savoir quel aspect de l'anxiété affecte le plus la santé cardio-vasculaire, il serait utile de distinguer dans les études à venir l'anxiété-trait, propension stable, et l'anxiété-état, réaction transitoire à une situation. Pour éviter le risque tautologique, il vaut mieux éviter les échelles d'anxiété (et de dépression) contenant des items somatiques.

Lors de l'hospitalisation pour une maladie sévère, on soigne rarement l'état psychologique des patients de façon spécifique (Mikkelsen *et al.*, 2004). Plusieurs auteurs souhaitent que l'anxiété des patients cardio-vasculaires soit dépistée et prise en charge par des interventions fondées sur les résultats des recherches. Suls *et al.* (2005) souhaiteraient que ces interventions visent à réduire globalement l'affectivité négative des patients cardio-vasculaires (hostilité comprise) plutôt que chacun de ses aspects pris isolément.

8. La dépression

La dépression est une notion polysémique. Elle désigne un ensemble hétérogène de troubles, associé à de nombreux facteurs psychosociaux et biochimiques (Swendsen et Blatier, 1996, p. 80). On parle d'« humeur dépressive » pour désigner un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement aversif (perte, séparation, déception, échec, maladie…), lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne pas disposer) des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour faire face.

1. Dans une étude menée par Lavie et Milani (2004), 40 % des patients cardiaques hospitalisés sont anxieux. Après une intervention, ils ne sont plus que 16 %. Il est possible que les 24 % dont l'anxiété a diminué n'aient présenté qu'une anxiété-état, en réaction aux aspects menaçants de la maladie, des traitements et du pronostic.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

8.1 Définitions de la dépression

La dépression clinique est un ensemble de symptômes émotionnels cognitifs, comportementaux et somatiques. Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs (découragement, tristesse, craintes, soucis, et parfois hostilité et méfiance), des cognitions particulières (idées d'indignité, dévalorisation de soi, culpabilité, sentiments d'échec, idées de suicide), des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement, fatigabilité, ralentissement, expression triste ou figée…) et somatiques (fatigue, faiblesse, troubles du sommeil et de l'appétit, céphalées, vertiges, troubles digestifs…).

8.2 Approches théoriques

Il existe plusieurs approches théoriques de la dépression, psychanalytiques, cognitives, biologiques. Les approches psychanalytiques évoquent la « perte d'objet » (ou des fantasmes de perte), un besoin de dépendance insatisfait ou l'inhibition de l'agressivité. Freud rattache la dépression à la psychopathologie du deuil, Mélanie Klein en propose une approche développementale : la position dépressive, modalité particulière de la relation d'objet, apparaît vers le sixième mois de la vie et est marquée par l'ambivalence.

Les travaux menés sur les jumeaux suggèrent qu'il existe une prédisposition génétique aux dérégulations du métabolisme de certains neuromédiateurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine, cortisol, etc.), qui rendraient les individus plus sensibles aux événements aversifs et plus enclins aux troubles de l'humeur (Kendler *et al.*, 2005). Si certains traitements pharmacologiques ont bien un effet antidépresseur, ils sont surtout efficaces lorsqu'ils sont associés à une psychothérapie, ce qui plaide en faveur d'une étiologie multifactorielle de la dépression.

Certaines approches cognitives de la dépression, comme celle de Beck ou la théorie de l'impuissance-désespoir de Seligman, Abramson ou Alloy, s'accordent globalement sur l'étiologie des troubles dépressifs malgré quelques divergences. Ceux-ci seraient induits par des événements négatifs et par une carence de renforcements positifs. Plus que les événements eux-mêmes, ce serait *la façon dont l'individu se les représente* qui joue un rôle étiologique. Selon Beck (1987, 2009), la dépression résulte de l'interaction entre des événements stressants et des cognitions erronées et rigides, dominées par le thème de la perte et par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir qui conduit à des sentiments d'infériorité, d'échec et de désespoir.

Pour Seligman (1975), le fait de vivre des événements incontrôlables induit une impuissance apprise (*learned helplessness*). Les individus, confrontés à des événements négatifs (pertes, échecs, etc.), font des inférences internes, stables et générales ; si ces événements sont importants pour le sujet, il s'auto-déprécie, ce qui peut le mener au désespoir (Abramson, Metalsky et Alloy, 1989). D'après des formulations récentes de la théorie de l'attribution, l'interaction entre des événements aversifs incontrôlables et un style attributionnel particulier (attribuer ses échecs à des causes internes, stables et globales) active des cognitions d'impuissance-désespoir et facilite l'émergence de symptômes dépressifs.

8.3 Évaluations de la dépression

La dépression est considérée comme une *catégorie* de symptômes dans deux classifications des troubles mentaux, le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*, 4e éd., APA, 2000) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies, version 10, OMS, 1994). Les échelles, remplies par un observateur au cours d'un examen clinique, sont la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*) cohérente avec le DSM, et la SCAN (*Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, section 6) compatible avec la CIM-10. Le trouble dépressif majeur est une forme aiguë, la dysthymie est une forme chronique avec des symptômes moins sévères, mais plus durables[1]. Le PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001) permet une auto ou une hétéro-évaluation de la sévérité de la dépression à partir des neuf critères du DSM (voir tableau 3.10).

1. Le *trouble dépressif majeur* est défini par cinq symptômes (durée au moins deux semaines consécutives, presque chaque jour, presque toute la journée) dont l'un des deux premiers (humeur dépressive, baisse d'intérêt pour les activités, perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement moteur, fatigue et perte d'énergie, auto dévalorisation et culpabilité, baisse de concentration, idées suicidaires) avec souffrance clinique et altération du fonctionnement. Le *trouble dépressif persistant* inclut la dysthymie du DSM-IV et la dépression majeure chronique (distinguées par des critères) impliquant : une humeur dépressive (plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans) et au moins deux symptômes sur six : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, difficulté à se concentrer, désespoir. Le DSM-V (APA, 2013) classe les troubles dépressifs différemment du DSM-IV-R (APA, 2000). Voir *www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 3.10 – *Questionnaire de sévérité de la dépression chez les adultes PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) de Spitzer ; in Kroenke, Spitzer et Williams, 2001)*[1]

Instructions : Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ? Cochez d'une X la case correspondant à votre réponse.

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou peu de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Se sentir abattu(e), déprimé(e) ou sans espoir	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Penser du mal de vous-même, ou penser que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous avez déçu vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses comme lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou vous avez pensé à vous faire du mal d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

Cotation :
Dans la version par hétéro-évaluation, c'est le clinicien qui coche les réponses à chaque item et calcule le score total.
Si au moins l'un des problèmes mentionnés ci-dessus a été coché (réponse 1, 2, ou 3), répondre à la question suivante :
Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?
Pas du tout difficile(s) ❑ Plutôt difficile(s) ❑ Très difficile(s) ❑ Extrêmement difficile(s) ❑

1. Dans la version du PHQ destinée à un entretien structuré, c'est le clinicien qui calcule le score de chaque item et le score total.

Interprétation des scores : niveau de sévérité des symptômes dépressifs	Score brut
Aucune	0-4
Dépression légère	5-9
Dépression modérée	10-14
Dépression assez sévère	15-19
Dépression sévère	20-27

Le Patient Health Questionnaire-9 (PHS-9) de R.L. Spitzer *et al.* est téléchargeable :
– en version française sur le site : http://www.cden.ca/docs/2011/tuesday/phq9.fr.pdf
– en version anglaise sur : http://www.phqscreeners.com/instructions/instructions.pdf

La survenue d'au moins un épisode dépressif majeur (EDM) au cours de la vie touchait en 2001 de 8 % à 12 % de la population générale (jusqu'à 17 % aux États-Unis) et sa prévalence en un an était d'environ 3 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes (World Health Report, World Health Organization, 2001). Ces taux s'accroissent actuellement. En France, 17 % des individus (deux fois plus de femmes que d'hommes) ont vécu un EDM au moins une fois au cours de leur vie, dont 5 % (hommes : 2,7 %, femmes : 7,2 %) au cours des douze derniers mois (Chan Chee *et al.*, 2005).

On considère aussi la dépression comme une dimension continue (un trait) dans la plupart des auto-questionnaires : CES-D de Radloff (1977) ; BDI de Beck *et al.* (1988) ; échelle D du MMPI, ainsi que dans des échelles d'observation (entretiens structurés) comme la MADRS de Montgomery et Ashberg (1979) ou la HADS de Zigmond et Snaith (1983). Pour une présentation détaillée de ces outils et de leur version française, voir Bouvard et Cottraux (2010)[1].

8.4 Dépression, maladies somatiques et comorbidités

La dépression accompagne souvent les maladies physiques : la prévalence de la dépression observée chez les patients varie de 15 % à 61 % (Steptoe, 2007). Un sujet malade perd souvent son illusion d'invulnérabilité, surtout si son atteinte est grave et durable. La méta-analyse de cent une études menées sur les relations entre l'affectivité négative (névrosisme, anxiété, dépression) et les maladies chroniques a révélé que la dépression était la dimension la plus fortement associée à ces pathologies (Friedman et Booth-Kewley, 1987, p. 549).

1. Selon Freedland *et al.* (2013), les outils les plus utilisés sont le BDI de Beck, le PHQ-9 de Spitzer, et deux entretiens structurés, le CIDI et le DISH de Hamilton. La validité prédictive de ces outils serait à peu près équivalente.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Selon Rudisch et Nemeroff (2003) 17 % à 27 % des patients ayant une atteinte des artères coronaires souffrent d'une dépression majeure, beaucoup plus encore présentant une dépression subclinique. Une synthèse des revues publiées de 1995 à 2007 sur la co-occurrence entre dépression et maladies physiques indique que la dépression affecte de 14 % à 50 % des patients ayant eu un incident cardiaque aigu, de 5 % à 44 % de ceux ayant eu un AVC, de 8 % à 52 % des patients diabétiques, 14 % des asthmatiques, de 20 % à 50 % des patients atteints de cancers, de 13 % à 17 % des patients atteints d'arthrite rhumatoïde ou d'ostéoporose (Clarke et Currie, 2009).

Il a été observé à l'inverse que plus de la moitié des sujets cliniquement déprimés non hospitalisés sont atteints d'au moins une maladie somatique : migraine, hypertension, douleur chronique, maladie respiratoire, diabète ou maladies cardio-vasculaires (Moldin *et al.*, 1993). Une causalité « inverse » entre dépression et santé a été considérée par certains auteurs comme tout à fait possible, dans le champ cardio-vasculaire notamment (Meijers *et al.*, 2013 ; Nicholson *et al.* 2009).

La *World Health Survey* a concerné 245 404 adultes de soixante pays. La prévalence de la dépression (épisode dépressif du CIM-10) sur l'année précédente est de 3,2 % en population générale et de 9,3 % à 23 % chez les patients ayant une ou plusieurs pathologies physiques chroniques. Moussavi *et al.* (2007) ont montré que parmi divers prédicteurs considérés isolément : être atteint d'une maladie physique (diabète, asthme, arthrite, angine de poitrine), avoir une dépression (critères du CIM-10), avoir certaines caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques, c'est la dépression qui affecte le plus l'état de santé global (évalué par seize items issus du SF-36, du HUI et de l'EuroQOL 5D). Si les prédicteurs sont combinés, c'est la comorbidité entre dépression et maladie chronique qui affecte le plus l'état de santé global[1].

8.5 La dépression facteur de risque et de pronostic cardio-vasculaire

Les études et synthèses effectuées sur la dépression comme facteur de risque et de pronostic négatif vis-à-vis des pathologies coronariennes abondent. Frasure-Smith et Lesperance (2010) dénombrent vingt-huit suivis de cohortes d'au moins cinq cents individus sans aucune patho-

1. Il s'agit d'une étude transversale et pratiquement toutes les variables sont auto-évaluées…

logie cardio-vasculaire au départ et au moins cinquante-neuf études pronostiques menées sur des groupes de patients coronariens. La majorité des cent trente articles publiés font état de relations significatives entre dépression et issues cardiaques défavorables et beaucoup montrent que cette relation persiste après contrôle d'une variété de covariables[1]. Au moins deux cents éditoriaux et articles de synthèse ont analysé et commenté ces publications.

Barth, Schumacher et Herrmann-Lingen (2004) ont fait la méta-analyse de vingt-neuf études prospectives (publiées de 1980 à 2003) menées sur l'effet de la dépression sur la mortalité des patients coronariens. La dépression est évaluée comme dimension (BDI, HADS…) ou comme catégorie (dépression majeure). La dépression (comme dimension) est associée à un risque accru de mortalité chez les patients (la dépression majeure n'étant évaluée que dans trois études). Bien que les résultats soient limités par l'hétérogénéité des mesures (prédicteurs et critères), les auteurs considèrent que la dépression est un facteur de pronostic défavorable chez les patients coronariens.

Nicholson *et al.* (2006) ont procédé à la méta-analyse des études publiées jusqu'en 2003, éprouvant l'effet de la dépression comme facteur de risque (vingt et une études) et de pronostic (trente-quatre études) vis-à-vis de pathologies coronariennes. Une association significative est observée dans les deux cas, mais la plupart des études existantes souffrent de lacunes : informations insuffisantes sur les ajustements réalisés ; contrôle incomplet des autres facteurs de risque ; causalité inverse non envisagée. Les auteurs concluent qu'on ne peut affirmer que la dépression soit bien un facteur de risque ou de pronostic *indépendant* vis-à-vis des pathologies coronariennes[2].

Les différentes études disponibles sur la dépression comme facteur de pronostic cardio-vasculaire s'avèrent hétérogènes et difficiles à synthétiser : mesures différentes de la dépression (trait ou catégorie), précisions variables quant à la sévérité de la maladie lors de l'inclusion, ajustement partiel selon les divers facteurs de confusion (tabagisme, lipides sanguins, hypertension…), longueur du suivi, issues différentes (infarctus, arrêt cardiaque, AVC, autre). Malgré toutes ces réserves, elles

1. Les méta-analyses des études menées sur la dépression comme facteur de risque rapportent des tailles d'effet variant de 1,5 à 2,7 selon les issues, les mesures de dépression et les ajustements opérés. Les méta-analyses des études menées sur la dépression comme facteur de pronostic chez des patients coronariens rapportent des tailles d'effet variant de 1,6 à 2,2 selon le diagnostic initial, les mesures de dépression, la longueur du suivi, l'issue et les covariables contrôlées.

2. Les études où la dépression est une mesure continue sont souvent exclues des synthèses et méta-analyses.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

montrent cependant que le risque d'issue défavorable chez les patients cardiopathes est d'environ deux fois supérieur chez ceux qui sont déprimés non déprimés (Lavoie *et al.* que chez les 2012).

8.6 La dépression et les cancers[1]

Nous avons synthétisé seize études consacrées à la dépression comme facteur de risque de cancer, le critère étant le résultat d'une biopsie, dont neuf ont abouti à des résultats non significatifs. D'après la même synthèse, sept études sur les dix menées pour éprouver le rôle de la dépression sur la survie après un cancer donnaient des résultats non significatifs (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 1998). La revue de littérature effectuée par Denollet (1999) suggérait que l'affectivité négative et la dépression ne sont pas associées au risque de cancer, mais pourraient être des facteurs de pronostic défavorable. La méta-analyse menée sur l'impact de divers facteurs psychosociaux sur la survenue des cancers par McKenna, Zevon, Corn et Rounds (1999) conclut que le fait que la dépression soit un facteur de risque de cancer n'est pas établi. La revue systématique de la littérature effectuée par de Boer, Ryckman, Pruyn et Van den Borne (1999) a montré qu'il n'y a pas de lien entre la dépression chez les patients traités pour des cancers et leur survie ou leur risque de récidive.

Lemogne et Consoli (2010a) rapportent les résultats de trois méta-analyses récentes menées sur de vastes études prospectives (Chida, Hamer, Wardle et Steptoe, 2008 ; Oerlermans, van den Akker et Schuurman, 2007 ; Satin, Linden et Philips, 2009). Elles concluent à une association significative (avec une taille d'effet faible) entre dépression chronique et développement d'un cancer. Selon Lemogne *et al.* (2010a) et Lemogne (2010b) plusieurs mécanismes pourraient être impliqués : certains facteurs de confusion génétiques et environnementaux pourraient augmenter à la fois le risque de dépression et de cancer ; des facteurs comportementaux et biologiques associés à la dépression pourraient médiatiser l'effet péjoratif de la dépression sur l'oncogenèse[2]. Les auteurs

1. Dans ce domaine, les critères sont le plus souvent évalués objectivement (biopsie, nombre de récidives, durée de la survie), ce qui élimine le risque de contamination des prédicteurs et des critères par des distorsions communes que l'on encourt lorsque la santé est auto-estimée.

2. La dépression est associée à une augmentation des cytokines pro-inflammatoires et à diverses dérégulations pouvant favoriser l'initiation et la progression des cancers. En retour, ces cytokines peuvent agir sur certaines régions cérébrales impliquées dans la régulation des émotions (Lemogne *et al.* 2010a, p. 282).

soulignent les implications de ces résultats pour les cliniciens, en particulier lorsque la dépression est comorbide avec un cancer.

8.7 Dépression et maladies somatiques, discussion

La dépression semble avoir un impact pathogène non spécifique car elle est impliquée dans diverses pathologies (AVC, diabète, asthme, BPOC, arthrite rhumatoïde, etc.). Qu'elle soit une véritable cause vis-à-vis de l'incidence des pathologies cardio-vasculaires et des cancers n'est pas certain ; cet effet a été probablement surestimé dans les premières études. Celles-ci souffraient de faiblesses diverses : définitions et mesures variables de la dépression, études le plus souvent transversales ou rétrospectives. La santé et la dépression étant estimées en même temps et le plus souvent auto-évaluées, le risque de contamination des prédicteurs par les critères y était important[1].

Les études récentes menées dans ce champ se sont améliorées : études prospectives sur des échantillons suffisants, contrôle des différents facteurs de risque, informations précises données sur les ajustements réalisés, causalité bidirectionnelle envisagée. En outre, les synthèses et méta-analyses sont devenues plus sélectives. Lorsque les études réalisées et les synthèses se conformeront à ces diverses exigences, il sera possible de se prononcer sur la nature et l'intensité des relations entre la dépression et diverses pathologies somatiques.

8.8 Dépression et maladies somatiques : modèles explicatifs et interventions

Voies biologiques. En ce qui concerne par exemple le lien supposé entre dépression et maladies coronariennes, des voies biologiques et comportementales non exclusives sont évoquées. Consoli (2001) décrit un déséquilibre entre activation sympathique (forte) et parasympathique (faible) chez les déprimés, qui se traduit par une diminution de la variabilité du rythme cardiaque qui serait particulièrement cardiotoxique. Steptoe (2007) rappelle que la dépression est associée à une activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire, induisant une élévation

1. Les questionnaires, biaisés par des distorsions (à détecter par des échelles de validité), sont peu adaptés au repérage des dépressions sévères. L'auto-évaluation de la santé, irremplaçable, doit être complétée cependant par une évaluation objective. S'il est souhaitable d'évaluer la dépression au début d'une étude prospective, cela ne garantit en rien son influence causale sur la santé ultérieure.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

des taux de cortisol et de cytokines pro-inflammatoires. Frasure-Smith *et al.* (2010) décrivent les effets nocifs de ces mécanismes au niveau endothélial et plaquettaire. Pour autant, il n'est pas établi que ces facteurs soient responsables à eux seuls de la relation entre dépression et cardiopathies.

Voies comportementales et autres. Freedland et Carney (2013) rappellent qu'un état dépressif est associé à des cognitions, affects et comportements particuliers pouvant induire inactivité physique, tabagisme et moindre adhésion aux traitements, qui sont des facteurs aggravants. D'autres modèles supposent que dépression et maladie cardio-vasculaire ont une détermination génétique commune. Les études ayant testé ce dernier modèle ont montré que des facteurs génétiques et environnementaux peuvent moduler les relations entre dépression et maladie cardio-vasculaire. Les auteurs concluent que ces différents modèles, loin d'être exclusifs, sont compatibles entre eux et que la relation entre dépression et pathologies cardio-vasculaires est plurifactorielle.

Nicholson *et al.* (2006) et Frasure-Smith *et al.* (2010) rappellent que, suite aux associations rapportées entre dépression et maladies coronariennes, des essais cliniques contrôlés et randomisés ont été proposés à des patients après un incident cardio-vasculaire, afin d'atténuer leurs symptômes dépressifs et dans l'espoir d'améliorer leur survie. Les résultats ont été décevants, même dans les études très bien construites et concernant de nombreux patients (ENRICHD)[1].

Meijer *et al.* (2013) constatent que les nombreuses interventions menées pour atténuer la dépression chez des patients cardio-vasculaires n'ont pas eu d'effet significatif sur une amélioration de leur état somatique. Or cela est un point essentiel pour démontrer l'impact causal de la dépression sur ces pathologies. Quelques études expérimentales où la sévérité et la nature de la maladie sont très précisément contrôlées, suggèrent que seuls certains aspects de la dépression seraient cardiotoxiques[2]. En outre, ils pourraient être des révélateurs plus que des causes des dysfonctionnements associés à une insuffisance cardio-vasculaire : la dépression serait particulièrement nocive lorsqu'elle est

1. ENRICHD (2003) est un ensemble d'interventions menées sur 1 343 patients ayant eu un infarctus et déprimés. Certains groupes bénéficient d'une TCC de 6 mois visant à atténuer leur état dépressif, les autres de prises en charge usuelles. L'état dépressif des premiers est amélioré ($p < .001$), mais leur état cardio-vasculaire l'est peu (faibles tailles d'effet).

2. Certains aspects de la dépression sont à la fois résistants aux traitements, comme les composantes somatiques-affectives et associés à l'aggravation de la maladie dont ce sont peut-être des marqueurs (Roest *et al.*, 2013).

elle-même la conséquence d'une pathologie coronarienne, hypothèse bidirectionnelle qui relance les recherches.

Le fait que les interventions psychologiques et pharmacologiques auprès de patients cardio-vasculaires déprimés n'aient pas eu d'impact sur l'amélioration de leur cardiopathie ne remet pas en question la nécessité de prendre en charge ces patients. On peut tenter de faciliter leur adhésion aux traitements et encourager leur adoption de comportements plus sains. On doit aussi intervenir pour atténuer leur détresse et pour améliorer leur bien-être et leur qualité de vie. C'est une simple question d'éthique (Barth *et al.*, 2004). La dépression est en effet associée non seulement à des styles de vie à risque, mais aussi à un profond mal-être.

9. L'affectivité négative[1]

L'analyse factorielle d'items ayant des contenus émotionnels plaisants et déplaisants donne en général deux facteurs. L'un, regroupant les termes agréables (enthousiaste, fort, alerte, attentif, actif…), a été dénommé « affectivité positive » (affectivité positive). L'autre, qui englobe des termes désagréables (tristesse, nervosité, colère, culpabilité, inquiétude…) est appelé « affectivité négative » (AN) depuis Watson *et al.* (1988a). L'AN s'est avérée fortement corrélée au névrosisme, mais aussi, à un moindre degré, à l'anxiété et à la dépression. Elle est souvent considérée comme un indicateur global de détresse psychologique, qui ne différencie pas ses composantes anxieuses, dépressives ou névrosiques.

9.1 Définition et mesures

Les facteurs affectivité négative et affectivité positive sont deux dimensions stables regroupant les divers états émotionnels ; il existe de nombreuses échelles se proposant de les évaluer. Des auteurs comme Bradburn (1969) ou Derogatis (1975) ont créé des échelles ABS (*Affective Balance Scales*) évaluant et distinguant les expériences émotionnelles positives et négatives Très utilisées dans les années 1970-1980, elles ont stimulé une série de recherches relatives aux relations entre états émotionnels,

1. Nous présentons dans des chapitres séparés l'affectivité négative (AN) et l'affectivité positive (AP) qui sont pourtant les deux facteurs de la PANAS, le premier ayant des effets délétères, le second des effets bénéfiques.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

bien-être et bonheur. On leur préfère aujourd'hui des échelles comme la PANAS et ses dérivés (Mc Dowell, 2006, p. 224).

Watson, Clark et Tellegen (1988a) ont construit la PANAS (*Positive and Negative Affectivity Schedule*) à partir d'items décrivant des états émotionnels non spécifiques, soumis à des analyses qualitatives et quantitatives sur des échantillons importants. Elle comprend dix items d'affectivité négative (AN : malheureux, bouleversé, coupable, etc.) et dix d'affectivité positive (AP : intéressé, fort, enthousiaste, etc.), évalués selon des consignes *trait* (en général), ou *état* (actuellement) (voir tableau 3.11). Valide, fidèle et d'application aisée, elle est très populaire. Crawford et Henry (2004) ont établi également les propriétés psychométriques satisfaisantes de cet outil sur un échantillon de plus de mille adultes anglais ; ils testent plusieurs modèles par des AFC : le mieux ajusté aux données comprend deux facteurs en légère corrélation négative.

Tableau 3.11 – *La PANAS, échelle d'affectivité positive et d'affectivité négative à 20 items (Watson* et al.*, 1988a).*

Consignes : Voici différents états. Indiquez si vous les avez éprouvés pendant une période déterminée (état : en ce moment, aujourd'hui, ces derniers jours ; trait : ces dernières semaines, généralement) en cochant la case correspondante (1 : très rarement ou pas du tout ; 2 : un peu ; 3 : modérément ; 4 : souvent ou beaucoup ; 5 : très souvent ou extrêmement).

1. Intéressé, curieux
2. Malheureux, stressé, affligé
3. Excité, éveillé, enthousiasmé
4. Bouleversé, perturbé*
5. Fort
6. Coupable
7. Apeuré, paniqué
8. Hostile*
9. Enthousiaste
10. Fier
11. Irritable
12. Alerte, vif*
13. Honteux*
14. Inspiré, stimulé*
15. Nerveux*
16. Déterminé*
17. Attentif, vigilant*
18. Peureux, froussard
19. Actif*
20. Craintif, effrayé*

Dans la version abrégée I-PANAS-SF de Thompson (2007) qui comprend tems (soulignés ci-dessous), ceux-ci sont à cocher de 1 : jamais, à 5 : toujours.

Additionner les réponses aux items 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 17 et 19 pour obtenir le score AP et aux items 2, 4, 6, 8, 11, 13, 15, 18 et 20 pour le score AN. La version abrégée I-PANAS-SF de Thompson (207) comprend 5 items d'AP et 5 d'AN (cochés d'un* ci-dessus)

PANAS, 20 items Consigne Trait	Genre	Affectivité Positive		Affectivité Négative	
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Étudiants américains (1) (H et F) N = 663	H + F	35,00	6,40	18,10	5,90
Étudiants français (2) H (N = 147) F (N = 315)	H	33,08	6,13	22,42	5,83
	F	32,46	5,74	22,88	6,87
Adultes anglais (3) H (N = 466) F (N = 537)	H	32,06	7,31	15,20	5,23
	F	30,62	7,89	16,68	6,37

(1) Échantillon d'étudiants américains (Watson *et al.*, 1988a et manuel PANAS-X, p. 7)
(2) Échantillon d'étudiants de l'université de Bordeaux (Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2007)
(3) Échantillon d'adultes anglais (Crawford et Henry, 2004)

Watson et Clark ont élargi la gamme d'états explorés par la PANAS (souvent jugée trop restreinte). Ils construisent une liste de soixante items (incluant enfin le pôle opposé des états négatifs). Des analyses factorielles successives des réponses de plusieurs échantillons donnent onze facteurs de 1er ordre se regroupant en deux facteurs de second ordre : affectivité négative (peur, tristesse, culpabilité, hostilité, timidité, fatigue et surprise) et affectivité positive (jovialité, confiance en soi, vigilance, sérénité). C'est la PANAS-X, qui a des qualités psychométriques satisfaisantes (Watson et Clark, 1999). Dans une démarche inverse visant la parcimonie, Thompson (2007) supprime ou reformule certains items de la PANAS qu'il juge redondants ou ambigus[1]. Il aboutit à une version de dix items, l'I-PANAS-SF. Cet outil a une structure bifactorielle culturellement invariante et des qualités psychométriques satisfaisantes. Il est utile pour les comparaisons internationales ou lorsqu'on a besoin d'un protocole très court.

9.2 Affectivité négative et dimensions classiques de la personnalité

Watson et ses collaborateurs ont démontré la stabilité et la généralité de l'affectivité négative et de l'affectivité positive selon les moments, les consignes, les échantillons, le genre[2], etc. Certains auteurs obtiennent

1. Les échelles AN et AP contenant des items très proches (par exemple, pour AN : apeuré, peureux et craintif ; hostile et irritable ; bouleversé et malheureux ; coupable et honteux), certaines versions courtes ont tenté de les remplacer par un seul item.

2. Les scores d'affectivité négative sont un peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes et chez les adultes jeunes que chez les plus âgés. Pour les scores d'affectivité positive, la tendance est inverse (Crawford *et al.*, 2004 ; Thompson, 2007).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

des facteurs AN et AP indépendants, d'autres, plus nombreux, des dimensions en corrélation faiblement négative (de l'ordre de –.05 à – .30) ; ces facteurs sont issus soit de la PANAS (Horner, 1998 ; Watson et Clark, 1999), soit de versions plus courtes (Mackinnon *et al.*, 1999).

Les relations entre affectivité négative et affectivité positive varieraient (légèrement) selon certaines caractéristiques du contexte (Judge et Bretz, 1993) et des individus (Larsen *et al.*, 1987). Chez les sujets éprouvant des affects intenses (positifs ou négatifs) ou n'exprimant pas leurs émotions (type C, répresseurs, alexithymiques), des relations positives peuvent apparaître entre affectivité négative et affectivité positive, en raison de la commune émotivité (ou non-émotivité) de leurs réponses. Dans la population générale et avec des consignes trait, on obtient en général deux facteurs orthogonaux ou en corrélation négative légère, l'un regroupant les affects et états agréables, l'autre les affects désagréables ; ceci est retrouvé avec diverses techniques d'analyse, diverses consignes et diverses versions de la PANAS (Crawford *et al.*, 2004)[1].

9.3 Affectivité négative et santé émotionnelle

La relation entre l'affectivité négative et des dimensions classiques de la personnalité (Anxiété, Dépression et Névrosisme) a été éprouvée par divers auteurs qui ont fait varier la définition de ces notions (trait, état, dimension, catégorie) et les techniques d'évaluation (autoquestionnaire, entretien structuré). Les relations observées par Watson et ses collègues entre affectivité négative (PANAS), dépression (BDI de Beck), anxiété trait et état (STAI-Y de Spielberger) et névrosisme (NEO PI) sont stables et fortes (de + 0,50 à plus de + 0,70). Crawford *et al.* (2004) rapportent aussi des relations marquées entre affectivité négative et diverses mesures de dépression (de + .44 à + .60) et entre affectivité négative et stress perçu (+ .67). Une telle variance commune (20 % à 50 %) indique peut-être la présence d'une même disposition latente (Suls et Bunde, 2005), mais chaque dimension a une part de variance spécifique et une signification clinique propre.

Quel est donc l'intérêt d'une dimension aussi large et peu spécifique que l'affectivité négative pour la psychologie de la santé ? L'échelle d'affectivité négative de la PANAS semble fournir une mesure économique et valide de la détresse chronique des individus (AN-trait) ou

1. Une ACP menée sur les réponses de 421 étudiants (Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2007) a permis d'obtenir deux facteurs indépendants identifiés comme affectivité négative et affectivité positive (expliquant 19,8 % et 18,5 % de la VT ; α = .81 et .78).

de la détresse passagère (AN-état). Dans l'étude de Thompson (2007), la I-PANAS-SF a été administrée à environ mille huit cents adultes de différents pays. L'affectivité négative corrèle négativement ($r = -.30$, $p < .01$) avec l'échelle de bien-être de Diener (WBS) et avec une échelle de bonheur en quatre items ($r = -.45$, $p < .01$), indépendamment des effets de l'affectivité positive. Elle discrimine également fort bien les sujets tout-venant des patients psychiatriques.

Les relations négatives entre affectivité négative et le bien-être sont bien établies (Watson et Clark, 1984 ; Watson et Pennebaker, 1989), ce qui a conduit ces auteurs à supposer que l'affectivité négative signalait une personnalité « prédisposée à la détresse ». Mais de telles relations, observées surtout par auto-évaluation et dans des études transversales, sont peut-être dues à la contamination possible de ces mesures par des tendances de réponse communes.

L'affectivité négative a-t-elle des effets directs sur la détresse émotionnelle (prédicteur → critère) ? Est-elle un simple facteur de confusion (contamination entre prédicteurs et critères) ? Joue-t-elle un rôle « modérateur » (en amplifiant par exemple l'impact d'événements stressants sur la détresse) ou a-t-elle des effets médiateurs (les effets de divers antécédents transitant par l'affectivité négative pour affecter ensuite les critères) ?

Dans une étude en contexte professionnel menée sur cent quarante-trois personnes, Moyle (1995) a mis en concurrence les hypothèses ci-dessus par des analyses en régressions multiples hiérarchiques entre plusieurs prédicteurs dispositionnels (dont l'affectivité négative) et contextuels (charge de travail, incontrôlabilité) et deux critères (satisfaction professionnelle, bien-être). L'affectivité négative a des effets directs sur le bien être évalué par le GHQ ($p < .001$) et la satisfaction professionnelle ($p < .05$). L'affectivité négative joue un rôle modérateur : elle interagit avec les stresseurs professionnels (charge de travail, incontrôlabilité) dont elle amplifie les effets nocifs sur le bien-être. L'affectivité négative a des effets indirects sur la satisfaction au travail, effets médiatisés par la contrôlabilité perçue.

Cette étude suggère quelques chemins par lesquels l'affectivité négative pourrait affecter la santé émotionnelle. L'affectivité négative agirait à plusieurs niveaux : comme une disposition (effets directs), comme un facteur amplifiant la vulnérabilité à un contexte stressant (modérateur) ; son impact pourrait être médiatisé par certains processus (incontrôlabilité perçue ici). Les études de ce type sont rares et celle-ci n'est que transversale. Des études prospectives devront être menées pour en savoir plus sur les effets de l'affectivité négative sur l'ajustement émotionnel.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

9.4 Affectivité négative et santé physique

Cohen, Tyrell et Smith (1991) ont mesuré l'affectivité négative (trait et état) de sujets volontaires avant de les exposer à un rhinovirus. Une relation positive fut observée entre affectivité négative (trait) et symptômes subjectifs (+.35, S à $p < .01$), mais aussi entre affectivité négative (état) et quantité de sécrétions nasales (+ .31, S à $p < .05$) au cours des quatre jours suivants. Ils citent trois autres études ayant donné des résultats similaires (nous n'avons pas trouvé d'étude récente corroborant ces résultats). Selon eux, un état émotionnel négatif (détresse) est associé après quelques heures (72 heures environ) à une activité immunitaire moins efficace. Ce mécanisme pourrait favoriser le développement de certaines infections (Herbert et Cohen, 1993 ; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002).

Quelques études semblent indiquer que l'affectivité négative est un facteur de risque et de pronostic. Une relation significative a été observée entre l'AN-trait initiale et le risque ultérieur d'angine de poitrine (Costa et Mc Crae, 1987) ainsi qu'entre l'AN-trait et l'évolution défavorable de la maladie (évaluée par des soignants) chez des patients séropositifs (Ickovics *et al.*, 2001) et chez des insuffisants rénaux (Kellerman *et al.*, 2002). Dans la mesure où la dépression apparaît souvent comme facteur de risque et de pronostic défavorable vis-à-vis de diverses pathologies (Fraser-Smith *et al.*, 2010) et où l'AN-trait et la dépression sont fortement intercorrélés, ces résultats ont été accueillis avec prudence, car des effets de l'AN-trait éventuellement indépendants de ceux de la dépression ne sont pas démontrés.

Watson et Pennebaker (1989) rapportaient une corrélation moyenne modérée ($r = + .33$) entre affectivité négative et problèmes de santé physique et ont affirmé que l'affectivité négative décrivait une « personnalité prédisposée à la maladie » (*disease-prone personality*). Cependant, les études synthétisées par ces auteurs ont utilisé en majorité des mesures de santé auto-évaluée. On retrouve le même problème dans les études plus récentes rapportées par Hu et Grube (2008) selon lesquelles l'affectivité négative est associée positivement à l'intensité de divers symptômes perçus (diabète, maladies cardio-vasculaires, arthrite rhumatoïde, BPOC). Nous avons déjà rappelé le risque de contamination de différentes mesures auto-évaluées par des biais communs.

Stone et Costa (1990) constataient déjà que les relations entre NA et santé, significatives lorsque l'issue correspond à des « plaintes somatiques », deviennent le plus souvent faibles ou nulles lorsque la

santé est estimée objectivement. L'affectivité négative ne prédisposerait pas à la maladie mais à la détresse et correspondrait à une simple amplification des symptômes. Le même problème s'est posé pour le Névrosisme, associé à des plaintes somatiques et à la santé perçue plus qu'à l'état de santé objectif (Vollrath, 2007, p. 144). Les études des relations entre AN-trait et état de santé ont abouti à des résultats controversés en raison de leurs faiblesses méthodologiques (santé perçue, études transversales, effets indépendants de l'affectivité négative non éprouvés). Les études robustes, prospectives, avec des issues de santé évaluées objectivement, sont trop rares pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

9.5 L'affectivité négative, des effets indirects

L'affectivité négative joue-t-elle un rôle médiateur entre un contexte stressant et la santé somatique et émotionnelle ? Klainin (2009) a mené à Singapour une étude sur deux cent soixante et onze soignantes, incluant une mesure (auto-évaluée) du stress professionnel et du stress familial (auto-évalués), de l'affectivité négative et de deux issues, la santé physique (auto-évaluée) et la détresse (GHQ). Les données sont confrontées à un modèle théorique (analyse en équations structurales). L'affectivité négative a des effets indirects sur la santé des soignantes : elle médiatise les relations entre les deux prédicteurs (stress familial, stress professionnel) et les deux issues de santé (santé physique et détresse).

Dans une étude de Gucht, Fischler et Heiser (2004) plusieurs questionnaires de personnalité dont le NEO-PI, la PANAS et la TAS-20, ont été administrés à trois cent soixante-dix-sept adultes consultant pour des *maladies médicalement inexpliquées* (fibromyalgie, fatigue chronique, syndrome de l'intestin irritable…). Des analyses en pistes causales montrent que la difficulté à identifier ses sentiments du TAS a des effets directs sur la fréquence de ces troubles. Le névrosisme a sur ces maladies des effets indirects qui transitent par l'affectivité négative.

Brief, Burke, George, Robinson et Webster (1988) affirmaient que l'affectivité négative était une « nuisance méthodologique », distorsion gonflant artificiellement les relations entre antécédents et critères de santé. D'autres auteurs répondent qu'il est toujours possible de contrôler les effets de l'affectivité négative comme éventuel facteur de confusion et qu'il serait très dommage de l'exclure, car elle est en relation

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

(complexe) avec diverses issues de santé effectives et perçues. Certains auteurs suggèrent que l'affectivité négative induit une hyper-réactivité aux situations stressantes ainsi que des comportements aggravant la nocivité de ces situations (Spector, Zapf, Chen et Frese, 2000). Les relations entre l'affectivité négative et l'état de santé physique sont sans doute beaucoup plus complexes que ce que les modèles initiaux (personnalité → maladie) laissaient supposer. Nous avons vu plus haut que parmi les sujets exposés à un virus, ceux ayant ressenti des affects négatifs présenteront quelques jours plus tard des symptômes objectifs d'infection. Nous avons cité quelques études menées en psycho-neuro-immunologie montrant que des états affectifs et cognitifs négatifs conjugués à certaines situations en amplifieraient les effets aversifs, ce qui renforcerait la vulnérabilité vis-à-vis de certaines maladies (infectieuses ou prolifératives par exemple).

9.6 Utilité de l'affectivité négative

Les études ayant rapporté des relations entre l'affectivité négative et des problèmes de santé multiples n'ont pas donné des résultats tout à fait convaincants, du moins en ce qui concerne les issues somatiques objectives (Vollrath, 2006, p. 144). Ces études auront eu le mérite de faire prendre conscience de la nécessité de distinguer symptômes objectifs et subjectifs (ce qui ne fut pas fait dans la célèbre méta-analyse de Freeman et Booth-Kewley, 1987). Les études à venir devront également être plus claires quant aux effets respectifs de l'affectivité négative comme trait stable et de l'affectivité négative comme état transitoire.

Si les effets de l'affectivité négative sur des issues de santé « objectives » ne sont donc pas vraiment démontrés, ses effets sur la santé perçue et les symptômes auto-évalués sont bien établis. Nous ne considérons pas l'affectivité négative comme une nuisance à bannir des recherches. Il convient simplement, selon nous, d'être clair sur la nature de ce qui est évalué sous le vocable de « santé » pour éviter les confusions. La santé auto-évaluée est l'un des aspects de la qualité de vie associée à la santé (ou qualité de vie liée à la santé), critère principal de beaucoup d'études menées en psychologie de la santé et qu'aucun indicateur objectif ne peut saisir. La santé perçue, toute subjective qu'elle soit, est fortement impliquée dans le recours au système de soins, l'absentéisme, la consommation de médicaments, les conduites addictives, ainsi que dans le « comportement de maladie ».

10. Aspects nocifs de la personnalité, conclusion

On peut retenir que l'anxiété, le névrosisme et l'affectivité négative prédisposent à la détresse plus qu'à des problèmes de santé physique (sauf si ces derniers sont auto-évalués). En revanche en ce qui concerne le type A, le type C, le type D et la dépression, certaines de leurs caractéristiques se sont avérées toxiques : pour le type A, ce serait l'hostilité (et la colère réprimée), pour le type C, certains styles d'ajustement (impuissance-désespoir, répression des émotions) et pour le type D, la détresse (surtout si elle est combinée à l'inhibition sociale). Quant à la dépression, seuls certains de ses aspects semblent impliqués dans les pathologies coronariennes.

Personnalité et contexte. La personnalité peut exacerber l'effet de certaines caractéristiques stressantes du contexte sur l'organisme. L'affectivité négative induit l'AN-état, le stress et l'incontrôlabilité perçus, ce qui sans doute amplifie l'impact des situations aversives. Les sujets hostiles, ayant un style relationnel particulier (agressif, méfiant, irritable), sont exposés à davantage de situations conflictuelles, qu'ils provoquent parfois. Le fait d'interpréter le comportement d'autrui comme provocateur ou malveillant amplifie leurs réactions physiologiques à ces menaces perçues, qu'un faible soutien social reçu ne peut guère apaiser. Les stratégies d'ajustement des sujets hostiles dans ces situations critiques ont été peu étudiées. Elles sont sans doute émotionnelles, peu efficaces et à effet boomerang.

Voies cognitives-comportementales. Les sujets de type C, de type D, les sujets déprimés ou alexithymiques peuvent développer face à certains de leurs symptômes des cognitions et affects spécifiques (incontrôle, impuissance, difficulté à identifier ses sensations, détresse) pouvant les inciter à se laisser aller, à ne pas rechercher un traitement médical et à adopter (ou à ne pas renoncer à) des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique…), qui sont des facteurs aggravants.

Voies biopsychosociales. Le point commun des caractéristiques de personnalité décrites dans ce chapitre est qu'elles sont associées à des cognitions et affects négatifs amplifiant les états de stress. Des différences inter-individuelles dans ces processus induisent au niveau systémique des variations de l'activation de l'axe corticotrope (hypothalamo-hypophysaire) et/ou de l'axe sympathique, avec une

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

élévation du taux d'hormones de stress et une « cascade » de réactions centrales et périphériques, dont des dérégulations neuro-endocrino-immunitaires. Ceci peut entraîner des réactions inflammatoires, des altérations endothéliales (type D, hostilité, dépression) ou induire des processus favorisant la croissance et la dissémination des tumeurs (type C) ou encore une faible résistance aux infections (affectivité négative).

Le fait d'intervenir sur la personnalité des patients (ou futurs patients) pose de multiples problèmes. Les traits de personnalité sont des caractéristiques stables dont seuls, certains aspects limités, états ou cognitions momentanés ou processus transactionnels induits, sont modifiables[1]. Un autre problème est qu'au sein de types ou traits de personnalité considérés *a priori* comme globalement nocifs, seules certaines composantes sont toxiques, d'autres pouvant s'avérer protectrices (dans le névrosisme, par exemple, l'attention portée à ses symptômes corporels).

Il serait utile de construire des interventions spécifiques visant à réduire les aspects de la personnalité les plus nocifs pour la santé des patients (comme l'hostilité pour les maladies cardio-vasculaires), mais à condition de déduire leur contenu des résultats les plus solidement établis de la recherche. Pour l'instant, on doit se contenter d'intervenir pour réduire la détresse des patients, leurs croyances dysfonctionnelles, ou pour les aider à adopter des styles de vie plus sains (Mikolajczak, 2011). Les relations entre personnalité et maladies constituent un domaine en pleine effervescence qui s'est beaucoup amélioré et affiné. De nouvelles perspectives de recherche sont ouvertes, visant à mieux comprendre pourquoi la personnalité est un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de diverses pathologies somatiques et comment atténuer sa nocivité.

1. Une intervention ciblée a permis de réduire l'anxiété de certains patients cardiaques (24 % d'entre eux) mais non d'autres (16 %). Sans doute avaient-ils les premiers une anxiété-état, les autres une anxiété-trait (Lavie *et al.*, 2004).

Bibliographie

Abramson, L., Metalsky, G., Alloy, L. (1989). Hopelessness Depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Amelang, M. (1993). What really happened in Crvenka and Heidelberg ? *Zeitschrift für Gesundheits Pychologie*, 1, 3.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e ed. revised. Washington DC : American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e ed. Washington DC : American Psychiatric Association.

Antoni, M.H. et 7 autres auteurs (2006). The Influence of Bio-Behavioural Factors on Tumour Biology: Pathways and Mechanisms. *Nature Reviews, Cancer*, 6, 3, 240-248.

Argaman, M., Gidron, Y., Ariad, S. (2005). Interleukin-1 May Link Helplessness-Hopelessness with Cancer Progression: A Proposed Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 3,161-170.

Bagby, R.M., Marshall, M.B., Georgiades, S. (2005), Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical ample. *Journal of Personal Disorders*, 19, 1, 53-67.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1, 23-32.

Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1, 33-40.

Barefoot, J.C. (1992). Developments in the Measurement of Hostility. In H.S. Friedman (éd.), *Hostility, Coping and Health*, Washington (DC), American Psychological Association, 13-31.

Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S., Cleary, P.D. (1988). The Amplification of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.

Barth, J., Schumacher, M., Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.

Beck, A.T. (1987). Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5, 37.

Beck, A.T., Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2e éd.

Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 1, 77-100.

Beresnevaite M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69: 117-122.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Booth-Kewley S., Friedman H.S. (1987). Psychological Predictors of Heart Disease: a Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362.

Bortner R.W. (1969). A Short Scale as a Potential Measure of Pattern A Behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 22, 87-91.

Borteyrou, X., Bruchon-Schweitzer, M., Spielberger, C.D. (2008). Une adaptation française du STAXI-2, inventaire de colère-trait et de colère-état. *L'Encéphale*, 34, 249-255. *www.sciencedirect.com*

Boujut, E., Bruchon-Schweitzer (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 36, 2, 2-16. *www.osp.revues.org/1367*

Bouvard, M., Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris, Masson, 5e éd.

Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, Aldine.

Brief, A.P., Burke, M.J., George, J.M., Robinson, B.S., Webster, J. (1988). Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of stress? *Journal of Applied Psychology*, 73, 193-198.

Brondolo, E., Rieppi, R., Erickson, S.A., Bagiella, E., Shapiro, P.A., McKinley, P. *et al*. (2003). Hostility, interpersonal interactions, and ambulatory blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1003-1011.

Bruchon-Schweitzer, M. (1991). *Une psychologie du corps*. Paris, PUF, coll. « Psychologie d'aujourd'hui ».

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod, 1re éd.

Bruchon-Schweitzer, M., Cousson-Gélie, F., Tastet, S., Bourgeois, M. (1998). Dépression et cancers. L'approche de la psychologie de la santé. *L'Encéphale*, 2, 2-14.

Bruchon-Schweitzer, M., Paulhan, I. (1993). *Le Manuel du STAI-Y de C.D. Spielberger*, adaptation française, Paris, ECPA.

Brummett, B.H., Maynard, K.E., Haney, T.L., Siegler, I.C., Barefoot, J.C. (2000). Reliability of interview-assessed hostility ratings across mode of assessment and time. *Journal of Personality Assessment*, 75, 2, 225-236.

Buss, A.H., Durkee A. (1957). An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.

Buss, A.H., Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.

Byrne, D. (1964). Repression-Sensitization as a Dimension of Personality. In B.A. Mahler (éd.), *Progress in Experimental Personality Research*, New York, Academic Press.

Caci, H., Vallier E., Robert P., Dossios C. (2004). Impulsivity and affect in suicide attempters. A short-term longitudinal study. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 7, suppl. 1, S455.

Cayrou, S., Dickes P., Gauvain-Piquard A., Rogé B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC), French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*, 12, 8-23.

Chan-Chee, C., Beck, F., Sapinho, D., Guilbert, P. (2005). *La dépression en France. Enquête ANADEP 2005*. INPES.

Chapman, B.P., Roberts, B., Duberstein, P. (2011). Personality and Longevity: Knowns, Unknowns, and Implications for Public Health and Personnalized Medicine. *Journal of Aging Research*, 2011, ID 759170, 24 pages.

Chida, Y., Hamer M., Wardle J, Steptoe A. (2008) Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5, 8, 466-475.

Chida, Y., Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease. *Journal of American College of Cardiology*, 53, 11, 936-946.

Clarke, D.M., Currie, K.C. (2009). Depression, Anxiety, and their relationship with chronic diseases: a review of their epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical American Journal*, 190, 554-560.

Cohen, S., Herbert T.B. (1996). Health Psychology : Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.

Cohen, J.B., Reed, D. (1985). The Type A Behavior Pattern and Coronary Heart Disease among Japanese Men in Hawaii. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 4, 343-352.

Cohen S., Tyrell D.A., Smith A.P. (1991). Negative Life Events Perceived Stress, Negative Affect, and Susceptibility to the Common Cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131-140.

Cole, P.M., Martin, S.E., Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.

Consoli, S. (1996). Approches dispositionnelles en psychologie de la santé. *Psychologie française*, 41, 2, 117-130.

Consoli, S. (2001). L'insuffisance coronarienne : facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod, chap. 2, p. 23-45.

Consoli, S. (2006). Les « profils psychologiques » sont-ils des facteurs de risque cardiovasculaire ? *Réalités cardiologiques*, juin 2006, 218, 1, 1-4.

Consoli, S., Cordier S., Ducimetière P. (1993). Validation d'un questionnaire de personnalité destiné à repérer des sous-groupes à risques de cardiopathie ischémique ou de cancer dans la cohorte GAZEL. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 41, 315-326.

Contrada, R.J., Leventhal, H., O'Leary, A. (1990). Personality and Health. In L.A. Pervin (éd.), *Handbook of Personality, Theory and Research*, New York, Guilford, chap. 24, 638-669.

Cook, W.W., Medley D.M. (1954). Proposed Hostility and Pharisaic Virtue Scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.

Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M. (2003). Approche psychanalytique de l'alexithymie. In Corcos, M., Speranza, M. (éds.), *Psychopathologie de l'alexithymie*. Dunod, Paris, p. 45-63.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Costa, P.T., Mc Crae, R.R. (1987). Neuroticim, Somatic Complaint Disease : Is the Bark Worse than the Bite ? *Journal of Personality*, 55, 301-316.

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., Zonderman, A.B., Mc Crae, R.R., Williams, J.B. (1986). Cynicism and Paranoid Alienation in the Cook and Medley Ho Scale. *Psychosomatic Medicine*, 48, 283-285.

Cousson-Gélie, F. (2001). Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, chap. 3, p. 49-73, Paris, PUF.

Crawford, J.R., Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.

Dantzer, R., Goodall, G. (1994). Psychobiologie du stress. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (éd.), *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF, chap. 6, 155-182.

Deary, I.J., Weiss, A., Batty, G.D. (2010). Intelligence and Personality as Predictors of Illness and Death: How Researchers in Differential Psychology and Chronic Disease Epidemiology Are Collaborating to Understand and Address Health Inequalities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 2, 53-79.

De Boer, M., Ryckman, R, Pruyn, J, Van den Borne, H. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Education and Counseling*, 37, 215-230.

De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W. (2004a) Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care: A follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004b, 56, 279-285.

De Gucht, V., Fischler, B., Heiser, W. (2004b). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36, 1655–1667.

Denollet, J. (1999). Personality and Cancer. Current Opinion in Psychiatry, 12, 743-748.

Denollet, J. (2005). DS14 : Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 1, 89-97.

Denollet, J., Brutsaert, D.L. (2001). Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-Year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation*, 104, 17, 2018-2023.

Dembrovski, T.M., Mac Dougall, J.M., Costa, P.T., Grandits, G.A. (1989). Components of Hostility as Predictors of Sudden Death and Myocardial Infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, 51, 514-522.

Derogatis, L.R. (1975). *The Affects Balance Scale (ABS)*. Baltimore, Clinical Psychometric Research.

Eckhardt, C., Norlander, B., Deffenbacher, J. (2004). The Assessment of Anger and Hostility : A Critical Review. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 17-43.

Edwards, J.R., Baglioni, A.J., Cooper, C.L. (1990). Examining the Relationships Among Self-Report Measures of the Type A Behavior Pattern. *Journal of Applied Psychology*, 75, 4, 440-454.

ENRICHD Investigators (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. *JAMA*, 289, 310-316.

Evans, D.L., Charney, D.S., Lewis, L. *et al*. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175-189.

Eysenck, H.J. (1991). Cancer and Personality. In C.L. Cooper et M. Watson (éd.), *Cancer and Stress*, Chichester, Wiley, chap. 4, 73-94.

Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. (1991). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)*, Londres, Hodder and Stoughton.

Felsten, G. (1996). Five Factor Analysis of Buss-Durkee Hostility Inventory. Neurotic Hostility and Expressive Hostility Factors : Implications for Health Psychology. *Journal of Personality Assessment*, 67, 1, 179-194.

Ferguson, E. (2013). Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for Health Psychology. *Health Psychology Review*, 7, suppl. 1, S32-S70. *http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.547985*

Finan, P., Zautra, A., Tennen, H. (2008). Daily diaries reveal influence of pessimism and anxiety on pain prediction patterns. *Psychology and Health*, 23, 5, 551-558.

Fox, B.H. (1988). Psychogenic Factors in Cancer, especially its Incidence. In S. Maes, C.D. Spielberger, D.P. Defares et J.G. Sarason (eds.), *Topics in Health Psychology*, Londres, Wiley, 37-55.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F. (2010). Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Heart*, 96, 3, 173-176.

Friedman, H.S. (1990). Where is the Disease-Prone Personality ? Conclusion and Future Directions. In H.S. Friedman (ed.), *Personality and Disease*, New York, Wiley, chap. 12, 283-292.

Friedman, H.S., Booth-Kewley, S. (1987). The « Disease-Prone Personality. A Meta-Analytic View of the Construct. *American Psychologist*, 42, 6, 539-555.

Friedman, H.S., Kern, M.L., Reynolds, C.A. (2010). Personality and Health, Subjective Well-Being, and Longevity. *Journal of Personality*, 78, 1, 179-216.

Friedman, M., Ghandour, G. (1993). Medical Diagnosis of Type A Behavior. *American Heart Journal*, 126, 3, 1, 607-618.

Friedman, M., Rosenman, R.H. (1974). *Type A Behavior and Your Heart*. New York, Knopf.

Fukunishi, I., Hirabayashi, N., Matsumoto, T., Yamanaka, K., Fukutake, K. (1999a). Alexithymic characteristics of HIV positive patients. *Psychological Reports*, 85, 963-970.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Garssen, B. (2004). Psychological Factors and Cancer Development: Evidence After 30 Years of Research. *Clinical Psychology Review*, 24, 315-338.

Garssen, B., & Goodkin, K. (1999). On the role of immunological factors as mediators between psychological factors and cancer progression. *Psychiatry Research*, 85, 51-61.

Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K. (2005) Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews, Immunology,* 5, 243-251.

Glazer, K., Smith, T.W., Nealey, J., Hawkins, M. (2002). Hostility and marital adjustment. Paper presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine.

Grabe, H.J., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H.J., (2010). Alexithymia, hypertension and subclinical atherosclerosis in the general population. Journal of Psychosomatic Research, 68, 139-147.

Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W. (1979). Psycholological Response to Breast Cancer Effects on Outcome. *The Lancet*, II, 785-787.

Greer, S., Morris, T., Pettingale, K.W., Haybittle J.L. (1990). Psychological Response to Breast Cancer and 15 Years Outcome. *The Lancet*, I, 49-50.

Gross, J. (1989). Emotional Suppression in Cancer Onset and Progression. *Social Sciences and Medicine*, 12, 1239-1248.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1990). Personality, Stress and Disease. Description and Validation of a New Inventory. *Psychological Reports*, 66, 355-373.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. (1988). Personality Type, Smoking Habit, and their Interaction as Predictors of Cancer and Coronary Heart Disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479-495.

Groupe Coopératif Franco-Belge (1983). Facteurs psychologiques et cardiopathies ischiémiques. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 32, 295-302.

Guelfi, J.D., Boyer, P., Consoli, S., Olivier-Martin, R. (2004). *Psychiatrie*, Paris : PUF

Guttman, H., Laporte, L., 2002. Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 448–455.

Habra, M.E., Linden, W., Anderson, J.C., Weinberg, J. (2003). Type D Personality is related to cardiovascular y neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 235-245.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-96

Haney, T.L., Maynard, K.E., Houseworth, S.J. (1996). Interpersonal Hostility Assessment Technique. Description and Validation against the Criterion of Coronary Artery Disease. *Journal of Personality Assessment*, 66, 2, 386-401.

Hansen, P.E., Floderus, B., Frederiksen, K., Johansen, C. (2005). Personality Traits, Health Behavior and Risk of Cancer: A Prospective Study of Swedish Twin Court. *Cancer*, 103, 1082-1091.

Hausteiner, C., Klupsch, D., Emeny, R., Baumert, J., Ladwig, K.H. (2010). Clustering the Negative Affectivity and Social Inhibition in the Community: Prevalence of Type D Personality as a Cardiovascular Risk Marker. *Psychosomatic Medicine*, 72, 163-171.

Haynes, S.G., Feinlieb, M., Levine, S., Stoch, N., Kannel, W.B. (1978). The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 107, 5, 384-402.

Haynes, S.G., Feinleib, M., Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.

Hecker, M.L., Chesney, M.A., Black, G.W., Frautschi, N. (1988). Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine*, 50, 153-164.

Henningsen, P., Zimmermann, T., Sattel, H. (2003). Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression : A Meta-Analytic Review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.

Herbert, T.B., Cohen, S. (1993). Depression and Immunity : a Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 113, 472-486.

Horner, K.L. (1998). Individuality in Vulnerability. Influences on Physical Health. *Journal of Health Psychology*, 3, 1, 71-85.

Ickovics, J.R., Hamburger, M.E., Vlahov, D., Schoenbaum, E.E., Schuman, P., Boland, R.J., Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study, JAMA, 21, 285, 11, 1466-1474.

Iribarren, C., Sidney, S., Bild, D.E., Liu, K., Markovitz, J.H., Roseman, J.M., Matthews, K. (2000). Association of Hostility with Coronary Artery Calcification in Young Adults. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2546-2551.

Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S. (1996). *Psychologie médicale*, Paris, Masson.

Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., Rosenman, R.H. (1971). Progress toward validation of a computer scored test for the Type A coronary prone behavior pattern. *Psychosomatic Medicine*, 33, 193-202.

Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., Rosenman, R.H. (1979). *JAS Manual*. New York, The Psychological Corporation.

Judge, T.A., Bretz, R.D. (1993). Report on an Alternative Measure of Affective Disposition. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 1095-1104.

Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Julkunen, J., Salonen, J.T. (1996). Alexithymia and risk of death in middle-aged men. Journal of Psychosomatic Research, 41, 541-549.

Kellerman, Q.D., Christensen, A.J., Baldwin, A.S., Lawton, W.J. (2010). Association Between Depressive Symptoms and Mortality Risk in Chronic Kidney Disease. *Health Psychology*, 29, 6, 594-600.

Kendler, K.S., Kuhn, J.W., Vittum, J., Prescott, C.A., Riley, B. (2005). The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: a replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 5, 529-535.

Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1999). Psychoneuroimmunology and cancer: Fact or fiction? *European Journal of Cancer*, 35, 1603-1607.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: News perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107

Klainin, P. (2009). Stress and Health Outcomes: The Mediating Role of Negative Affectivity in Female Health Care Workers. *International Journal of Stress Management*, 16, 1, 45-64.

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiebaut, E. Dumartin, N., Sifakis, Y. (2000). Job Stress, Coping and Burn-out among French General Practitioners. *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 309-314.

Kooiman, C.G., Spinhoven, P., Trijsburg, R.W. (2002). The assessment of Alexithymia. A Critical Review of the Litterature and a Psychometric Study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083-1090.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking Big Personality Traits to Anxiety, Depressive and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 5, 768-821.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2001). Validity of a Brief Depression Severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 9, 606-613.

Krueger, R.F., Eaton, N.R. (2010). A Personality Trait Model for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM): The Challenges Ahead. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 2, 135-137.

Kupper, N., Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89, 265-276.

Lahey, B.B. (2009). Public health Significance of Neuroticism. *American Psychologist*, 64, 4, 241, 256

Lange, A., Pahlich, A., Sarucco, M., Smits, G., Dehghani, B., Hanewald, G. (1995). Psychometric characteristics and Validity of the Dutch Adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory. *Behavioral Research and Therapy*, 33, 2, 223-227.

Larsen, R.J. et Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic. A review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 452-468.

Lavie, C., Milani, R. (2004). Prevalence of anxiety in coronary patients with improvement following cardiac rehabilitation and exercise training. *American Journal of Cardiology*, 93, 336-339.

Lavoie, K., Moullec, G., Sultan, S. (2012) Vulnérabilité affective et santé. In S. Sultan et L. Varescon (éds.), *Psychologie de la santé*, Paris, PUF, p. 112-130.

Lemogne, C. (2010a). III. Dépression et cancers : facteur de risque ou perte de chance. *Psycho-Oncologie*, 4, 281-282.

Lemogne, C., Consoli, S.M. (2010b). Dépression et cancer : le mythe à l'épreuve de l'épidémiologie. *Psycho-Oncologie,* 4, 1, 22-27.

Lilliaz, C. et Varescon, I. (2012). Personnalité et santé, in S. Sultan et I. Varescon (éds.). *Psychologie de la Santé*, Paris, PUF, p. 131-150.

Linden, W., Phillips, M.J., Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28, 24, 2972-2984.

Loas, G. (2010). L'alexithymie. *Annales médico-psychologiques*, 168, 712-715.

Loas, G., Corcos, M., Stephan, Ph., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J.L., Perez-Diaz, F., Guelfi, J.D., Flament, M., Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale; Confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. Journal of Psychosomatic Research, 50, 255-261.

Loas, G., Fremeaux, D., Marchand, M.P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'Alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*, 21(2), 117-122.

Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaud, D., Marchand, M.P. (1996). Factor Analysis of the French Version of the 20 item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29, 139-144.

Luminet, O., Bagby, R.M., Taylor, G.J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 70, 254-260.

Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., Taylor, G.J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition & Emotion*, 18, 741-766.

Lumley, M.A., Neely, L.C., Burger, A.J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications fior Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 3, 230-246.

Lumley, M.A., Stettner, L., et Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 505-518.

Lutgendorf, S.K., Sood, A.K. (2011). Biobehavioral Factors and Cancer Progression: Physiological Pathways and Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 73, 9, 724-730.

MacDougall, Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E., Hackett, T.P. (1985). Components of Type A, Hostility, and Anger-In: Further relationships to Angiographic Findings. *Health Psychology*, 4, 2, 137-152.

Mackinnon, A., Jorm, A.F., Christensen, H., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Rodgers B. (1999). A Short Form of the Positive and Negative Affect Schedule : Evaluation of Factorial Validity and Invariance across Demographic Variables in a Community Sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 405-416.

Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., et Schutte, N.S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.

Marty, P., de M'Uzan, M., David, C. (1996), *L'Investigation psychosomatique : sept observations cliniques*, Paris, PUF, coll. « Le Fil rouge », 2e éd.

Matthews, K.A. (1988). Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.

Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. (1977). Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 489-98.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Matthews, K.A., Gump, B.B., Harris, K.F., Haney, T.L., & Barefoot, J.C. (2004). Hostile behaviors predict cardiovascular mortality among men enrolled in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Circulation*, 109, 66-70.

Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T., Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 629-635.

McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B., Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 520-531.

Meijer, A., Zuidersma, M. De Jonge, P. (2013). Depression as a non-causal variable risk marker in coronary heart disease. *BMC Medicine*, 11, 130, 1-8. *www.biomedcentral.com/1741-7015/11/130*

Mikkelsen, R.L., Middelboe, T., Pisinger, C., Stage, K.B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 65-70.

Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Miller, G.E., Cohen, S. (2001). Psychological Interventions and the Immune System: A Meta-Analytic Review and Critique. *Health Psychology*, 20, 1, 47-63.

Miller, T.Q., Turner, C.W., Tindale, R.S., Posavac, E.J., Dugoni, B.L. (1991). Reasons for the trend toward null findings in research on Type A behavior. *Psychological Bulletin*, 110, 469-485.

Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., Hallet, A.J. (1996). A Meta-Analytic Review of Research on Hostility and Physical Health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.

Moldin, S.O., Scheftner, W.A., Rice, J.P., Nelson, E., Knesevitch, M.A., Akiskal, H. (1993). Association between Major Depressive Disorder and Physical Illness. *Psychological Medicine*, 23, 755-761.

Mols, F., Denollet, J. (2010a). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 9, 1-10. *www.hqlo.com/content/8/1/9*

Mols, F., Denollet, J. (2010b). Type D personality among non-cardiovascular patient populations: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32: 66-72.

Montgomery, S.A., Ashberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 4, 382-89.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel;, V. Ustun, B., Myrtek, M. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.

Moyle, P. (1995). The Role of Negative Affectivity in the Stress Process : Test of Alternative Models. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 647-668.

Myrtek, M. (2001). Meta-analyses of prospective studies on Coronary Heart Disease, type A personality, and hostility. *International Journal of Cardiology*, 79, 245-251.

Nabi, H., Kivimaki, M., Zins, M., Elovainio, M., Consoli, S.M., Cordier, S., Ducimetière, P., Goldberg, M., Singh-Manoux, A. (2008). Does Personality

Predict Mortality ? Results from the GAZEL French Prospective Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*, 37, 386-396.

Nayaka, N., Tsubono, Y., Hosokawa, T., Nishino, Y., Ohkubo, T., Hozawa, A., Shibuya, D. Fukudo, S., Fukao, A., Tsuji, I., Hisamichi, S. (2003). Personality and the Risk of Cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 95, 11, 799-805.

Nayaka, N., Tsubono, Y., Nishino, Y., Hosokawa, T., Fukudo, S., Shibuya, D., Akizuki, N., Yoshikawa, E., Kobayakawa, N., Fujimori, N., Saito-Nakaya, K., Uchitomi, Y., Tsuji, I. (2005). Personality and Cancer Survival: the Miyagi Cohort Study. *British Journal of Cancer*, 92, 11, 2089-2094.

Nemiah, JC., Freyberger, H., Sifneos, PE. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In Hill, O. W. (eds.), *Modern Trends in Psychosomatic Research*, vol. 3. Londres, Buttersworth, p. 430-439.

Nicholson, A., Kuper, H., Hemingway, H. (2006). Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146.538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 27, 2763-2774.

O'Connor, D.B., et Ashley, L. (2008). Are alexithymia and emotional characteristics of disclosure associated with blood pressure reactivity and psychological distress following written emotional disclosure? *British Journal of Health Psychology*, 13, 495-512.

Oerlemans, M.E.J., van den Akker, M., Schuurman, A.G., *et al.* (2007). A meta-analysis on depression and subsequent cancer risk. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 29.

OMS (1994). CIM-10/ICD-10, *Classification internationale des maladies, 10e révision. Troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève : Masson, 1994.

Ormel, J., Rosmalen, J., Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 906-912.

Paulhan, I., Bruchon-Schweitzer, M., Bourgeois, M. (1995). Les méthodes d'évaluation de l'anxiété. *Confrontations psychiatriques*, 36, 261-272.

Pedersen, S.S., Denollet, J. (2006). Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardio-Vascular Disease Patients Groups. *Current Cardiology Review*, 2, 205-213.

Pedersen, S.S., Yagensky, A., Smith, O.R.F., Yagenska, O., Shpak, V., Denollet, J. (2009). Preliminary Evidence for the Cross-Cultural Utility of the Type D Personality Construct in the Ukraine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 108-115.

Pédinielli, J.-L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*, Paris, PUF, coll. « Nodules ».

Petticrew, M., Bell, R., Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: sytematic review. *British Medical Journal*, 325, 9, 1-10.

Poirot, I. (2005). Méthodes d'évaluation des troubles anxieux. *Médecine du sommeil*, 2, 37-40.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale : a Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Rastling, M., Brosig, B., Beutel, M.E. (2005). Alexithymic characteristics and patient therapist interaction: A video analysis of facial affect display. *Psychopathology*, 38, 105-111.

Razavi, D., Delvaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux, Masson.

Rehse, B., Pukrop, R. (2003). Psychosocial Interventions and Quality of Life in Adult Cancer Patients: Meta-analysis of 37 published controlled Outcome Studies. *Patient Education and Counselling*, 50, 179-186.

Roest, A.M., Martens, E.J., de Jonge, P., Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 1, 38-46.

Roest, A.M., Carney, R.M., Freedland, K.E., Martens, E.J., Denollet, J., de Jonge, P. (2013). Changes in cognitive versus somatic symptoms of depression and event-free survival following myocardial infarction in the Enhancing Recovery In Coronary Heart Disease (ENRICHD) Study. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1, 3, 335-341.

Rolland, J.P. (2004). *L'évaluation de la personnalité. Le modèle en cinq facteurs*. Sprimont (BE), Mardaga.

Rolland, J.P. et Mogenet, J.L. (1998). *Le NEO PI-R, Inventaire de personnalité révisé de P.T. Costa et R.R. McCrae*. Paris : Éditions du Centre de psychologie appliquée.

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, D., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M. (1975). Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study. Final Follow-up Experience of 8 1/2 Years. *JAMA*, 233, 8, 872-877.

Roy-Byrne, P.P. et 10 autres auteurs (2008). Anxiety Disorders and Comorbid Medical Illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225.

Rudisch, B., Nemeroff, C.B. (2003). Epidemiology of Comorbid Coronary Artery Disease and Depression. *Biological Psychiatry*, 54, 227-24

Saucier, G., Goldberg, L.R. (2006). Personnalité, caractère et tempérament : la structure translinguistique des traits. *Psychologie Française*, 51, 265-284.

Satin, J.R., Linden, W., Phillips, M.J. (2009) Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115, 5349-5361.

Saulsman, L.M. et Page, A.C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.

Schaubroeck, J., Ganster, D.C. (1991). Association among Stress-Related Individual Differences. In C.L. Cooper et R. Payne (eds.), Personality and Stress. *Individual Differences in the Stress Process*, Chichester, John Wiley, chap. 3, 33-66.

Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness : On Depression, Development, and Death, San Francisco, Freeman.

Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Shekelle, R.B., Shyrock, A.M., Paul, O., Lepper, M., Stamler, J., Liu, S, Raynor, W.J. (1981). Diet, serum cholesterol, and death from coronary heart disease: The Western Electric Study. *New England Journal of Medicine*, 304, 65-70.

Shekelle, R.B., Gale, M., Ostfeld, A., Paul, O. (1983). Hostility Risk of Coronary Heart Disease and Mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45, 109-114

Shekelle, R.B., et coll. (1986). Type A Behavior and Risk of Coronary Heart Disease in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. In T.H. Smith, T.M. Dembrowski et G. Blümchen (éd.), *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease*, Berlin, Springer-Verlag, p. 41-55.

Siegler, I.C., Costa, P.T., Brummett, B.H., Helms, M.J., Barefoot, J.C., Williams, R.B., et al. (2003). Patterns of change in hostility from college to midlife in the UNC Alumni Heart Study predict high-risk status. *Psychosomatic Medicine*, 65, 738-745.

Siegman, A.W., Dembrowski, T.M., Ringel, N. (1987). Components of Hostility and the severity of Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 127-135.

Siegman, A.W., Smith, T.W. (1994). *Anger, Hostility, and the Heart, Hillsdale*, NJ, Laurence Erlbaum.

Smith, T.W. (1992). Hostility and Health. Current Status of a Psychosomatic Hypothesis. *Health Psychology*, 11, 3, 139-150.

Smith, T.W., Frohm, K.D. (1985). What's so unhealthy about Hostility? Construct Validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho Scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.

Smith, T.W., et Gallo, L.C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T. Revenson, et J. Singer (eds.), *Handbook of Health Psychology*, p. 139-172. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.

Smith, T.W., Glazer, K., Ruiz, J.M., Gallo, L.C. (2004). Hostility, Anger, Aggressiveness, and Coronary heart Disease: An Interpersonal Perspective on Personality, Emotion, and Health. *Journal of Personality*, 72, 6, 1217-1270.

Smith, T.W., Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 548-568.

Sood, A.K. *et al*. (2006). Stress hormone mediated invasion of ovarian cancer cells. *Clinical Cancer Research*, 12, 369–375.

Spector, P.E., Zapf, D., Chen, P.Y., Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 79-95.

Spielberger, C.D. (1999). *State-Trait-Anger Expression Inventory-2. Manual*, Odessa, Psychological Assessment Resources.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R., Lushene, R. (1983). *The State-Trait Personality Inventory, form Y*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Spielberger, C.D., Reheiser, E.C., Sydeman, S.J. (1995). Measuring the Experience, Expression, and Control of Anger. In H. Kassinove (ed.), *Anger Disorders : Definitions, Diagnosis, and Treatment*, Washington DC, Taylor and Francis, chap. 3, 49-76.

Steptoe, A. (2007). *Depression and Physical Illness*, Cambridge : Cambridge University Press.

Steptoe, A., Molloy, G.J. (2007). Personality and Heart Disease. *Heart*, 93, 783-784.

Storch, M., Küttel, Y., Stüssi, A.-C., Fend, H. (2007). Neuroendocrine Effects of Resource Activating Stress Management Training. *Health Psychology*, 26, 4, 456-463.

Stone, S.V., Costa, P.T. (1990). Disease-Prone Personality or Distress-Prone Personality ? The Role of Neuroticism in CHD. In H.S. Friedman (ed.), *Personality and Disease*. New York, Wiley, chap. 8, 178-200.

Suls, J., Bunde, J. (2005). Anger, Anxiety, and Depression as Risk factors for Cardivascular Disease: The Problems and Implications of Overlapping Affective Dispositions. *Psychological Bulletin*, 131, 2, 260-300.

Swendsen, J. et Blatier, C. (1996). *Psychopathologie et modèles cognitivo-comportementaux*. Grenoble, PUG.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia : Self-report and observer-rated measures. In Bar-On, R., Parker, J.D.A. (eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco, CA, Jossey-Bass/Pfeiffer, p. 301-319.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, Cambridge University Press.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.

Temoshok, L. (1987). Personality, Coping Style, Emotion and Cancer : towards an Integrative Model. *Cancer Surveys*, 6, 3, 545-567.

Temoshok, L. (1990). On Attempt to Articulate the Biopsychosocial Model: Psychological Physiological Homeostasis. In H.S. Friedman (ed.), *Personality and Disease*. New York, Wiley, chap. 9, 203-225.

Temoshok, L., Heller, B.W., Sagebiel, R.W., Blois, M.S., Sweet, D.M., Di Clemente, R.J., Gold, M.L. (1985). The Relationship of Psychosocial Factors to Prognostic Indicators in Cutaneous Malignant Melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 2, 139-153.

Temoshok, L.R., Waldstein, S.R., Wald, R.L., Garzino-Demo, A., Synowski, S.J., Sun, L., Wiley, J.A. (2008). Type C coping, alexithymia, and heart rate reactivity are associated independently and differentially with specific immune mechanisms linked to HIV progression. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 5, 781-792.

Thaker, P.H., Sood, A.K. (2008). Neuroendocrine influences on cancer biology. *Seminars in Cancer Biology*, 18, 164-170.

Thompson, E.R. (2007). Development and validation of an internationally reliable short-form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 2, 227-242.

Thornton, B., Ryckman, R.M., Gold, J.A. (2011). Competitive Orientation and the Type A Behavior Pattern. *Psychology*, 2, 5, 411-415.

Tolmunen, T., Lehto, S.M., Heliste, H., Kurl, S., & Kauhanen, J. (2010). Alexithymia is associated with increased cardiovascular mortality in middle-aged Finnish men. *Psychosomatic Medicine*, 72, 187-191.

Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 311-316.

Trouillet, R., Bourgey, M., Brouillet, D., Leroy-Viémont, B. (2012). *L'Anxiété : clinique, modèles et prises en charge*, Paris : Dunod.

Turk Charles, S., Gatz, M., Kato, K., Pedersen, N.L. (2008). Physical Health 25 Years Later: The Predictive Ability of Neuroticism. *Health Psychology*, 27, 3, 369-378.

Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., Rascle, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale. *Néphrologie & Thérapeutique*, 5, 3, 193-200.

Vandervoort, D. (1995). Depression, Anxiety, Hostility, and Physical Health. *Current Psychology*, 13, 4, 69-82.

Van Der Ploeg, H.M., Vetter, H. (1993). Two for the Price of One. The Empirical Basis of the Grossarth-Maticek Interviews. *Psychological Inquiries*, 4, 65-66.

Vollrath, M.E. (2006). *Handbook of Personality and Health*, Chichester : John Wiley.

Watson, D., Clark, L.A. (1999). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule, Expanded Form*, University of Iowa. *http://ir.uiowa.edu/psychology_pubs/11*

Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988a). Development and validation of a brief measure of positive and negative affect : the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Watson, D., Pennebaker, D.W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96, 2, 234-254.

Watson, M., Greer, S., Pruyn, J., Van Den Borne, B. (1990). Locus of Control and Adjustment to Cancer. *Psychological Reports*, 66, 39-48.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Burgess, C., Inayat, Q., Robertson, B. (1988). Development of a Questionnaire Measure of Adjustment to Cancer : the MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Watson, M., Matthew, L., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further Development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.

Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Bliss, J.M. (1999). Influence of Psychological Response on Survival in Breast Cancer : a Population-Based Cohort Study. *The Lancet*, 34, 1331-1336.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., Bliss, J.M. (2005). Influence of psychologcial response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*, 41, 1710-1714.

Watson, M., Matthew, L., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC : further Development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.

Watson, M., Ramirez, A. (1991). Psychological Factors in Cancer Prognosis. In C.L. Cooper et M. Watson, *Cancer and Stress*. New York, Wiley, chap. 3, 47-71.

Weinryb, R.M., Roessel, R.J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile: KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, Suppl, 83, 1-23.

Welin, C., Lappas, G., Wilhemsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 247, 629-639.

Whitehead, D.L., Perkins-Porras, L., Strike, P.C., Magid, K., Steptoe, A. (2007). Cortisol Awakening Response is Elevated in Acute Coronary Syndrome Patients with Type D Personality. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 419-425.

Whiteman, M.C., Deary, I.J., Fowkes, G.R. (2000). Personality and Social Predictors of Atherosclerotic Progression: Edinburgh Artery Study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 703-714.

Williams, L., O'Carroll, R.E., O'Connor, R.C. (2009). Type D Personality and Cardiac Output in Response to Stress. *Psychology and Health*, 24, 5, 489-500.

Williams, L., O'Connor, R.C., Howard, S., Hugues, B.M., Johnston, D.W., Hay, J.L., O'Connor, D.B., Lewis, C.A., Ferguson, E., Sheehy, N., Grealy, M.A., O'Carroll, R.E. (2008). Type D-personality mechanism of effect: the role of health-related behaviour and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 63-69.

Williams, R.B., Williams, V.P. (2006). The Prevention and Treatment of Hostility, in M.E. Vollrath (ed). *Handbook of Personality and Health*, Chichester, Wiley, chap. 12, p. 259-275.

WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. www.who.int/whr.2001/en/*

Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zimmermann, G., Salamin, V., Reicherts, M. (2008). L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité. *Psychologie Française*, 53, 115-128.

Chapitre 4

LES ASPECTS PROTECTEURS DE LA PERSONNALITÉ

Sommaire

1. L'optimisme 279
2. Le contrôle 290
3. L'endurance (*hardiness*) 303
4. Le sens de la cohérence (SOC) d'Antonovsky 306
5. La résilience de Rutter 313
6. L'auto-efficacité de Bandura 317
7. L'affectivité positive 326
8. Le modèle en cinq facteurs (FFM) 334
9. Le rôle bénéfique de la personnalité, discussion 343
Bibliographie 349

On s'est intéressé aux maladies et aux facteurs de risque bien avant de se préoccuper de la santé et des facteurs de protection. La recherche de caractéristiques *pathogènes* de la personnalité, augmentant le risque de développer des troubles somatiques et mentaux (voir *supra*, chap. 3) a précédé celle de ses aspects *salutogènes*, qui protègent l'individu des effets de l'adversité. Parmi ces facteurs de protection, certains sont des styles cognitifs issus de théories de l'apprentissage social (optimisme, style attributionnel, lieu de contrôle, auto-efficacité) et d'études menées sur ce qui différencie les sujets résistants des sujets vulnérables (endurance, sens de la cohérence, résilience), auxquels se sont ajoutées des dimensions identifiées par des approches factorielles de la personnalité (affectivité positive, modèle FFM).

1. L'optimisme

L'optimisme est un style cognitif impliquant une perception positive de soi et du monde et la croyance en l'issue favorable des événements. Deux courants principaux issus de la psychologie cognitive ont conceptualisé cette notion[1]. Alors que Scheier, Carver (1985, 1992, 2002) ont considéré l'optimisme comme un trait de personnalité, Peterson, Seligman et Vaillant (1988) et Seligman (1991) l'ont défini comme un *style explicatif* relatif à la cause des événements passés (ne pas s'attribuer la responsabilité des échecs subis, par exemple).

1.1 L'optimisme dispositionnel de Scheier et Carver

Selon le modèle de *l'auto-régulation* des comportements (Scheier et Carver, 1985), les comportements des individus sont affectés par des croyances relatives à l'issue de leurs actions. Des attentes positives, fait de percevoir ses objectifs comme réalisables par exemple, les incitent à faire des efforts, même pénibles et durables, pour les atteindre[2]. Pour Scheier et Carver (1993), puis Carver, Scheier et Segestrom (2010), l'optimisme est modelé par des facteurs contextuels (sécurité affective et financière pendant l'enfance ; expériences de succès et d'échecs). Cependant, un quart de sa variance serait d'origine génétique (Plomin *et al.*, 1992).

1. Pour plus de détails, voir Guellati (2000), Martin-Krumm (2012), Sultan et Bureau (1999), Trottier (2007).

2. L'activité dirigée vers des buts est guidée par des systèmes acquis d'auto-régulation en boucle. Un sujet aura des attentes positives et essaiera d'atteindre ses objectifs si ses actions ont été positivement renforcées par le passé.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

1.1.1 Définition

L'optimisme *dispositionnel* est la tendance stable à croire que des événements positifs nous arriveront dans le futur (Scheier et Carver, 1985, 1992). Ces auteurs considèrent l'optimisme comme un trait : il regroupe des attentes ayant une bonne stabilité temporelle et trans-situationnelle (Scheier, Matthews et Carver, 1989). Il est associé à la façon de réagir face aux difficultés de l'existence, les optimistes tendant à affronter la réalité et à résoudre les problèmes. Ce concept est voisin de ceux de bien-être, d'attribution causale, de lieu de contrôle et de satisfaction de la vie tout en étant relativement spécifique.

1.1.2 Les mesures de l'optimisme dispositionnel, le LOT et le LOT-R

Scheier et Carver (1985) ont élaboré le LOT (*Life Orientation Test*), échelle à huit items évaluant les attentes générales vis-à-vis de l'issue de divers événements. Ces items s'inspirent de leur modèle de l'auto-régulation des comportements. Le LOT a été soumis à plusieurs groupes de 1985 à 1994 et des améliorations successives ont été opérées. Dans la version révisée à six items, le LOT-R, les auteurs ont éliminé les énoncés qui impliquaient autre chose que des *attentes positives face à l'avenir*. Malgré ces différences, les deux versions sont très fortement intercorrélées (Scheier, Carver et Bridges, 1994) (voir le LOT-R, tableau 4.1).

Le LOT et le LOT-R sont fidèles : leur consistance interne (α de .76 à .86) et leur fidélité test-retest (.60 à .79 pour des intervalles de 3 ans à 3 semaines) sont satisfaisantes. Scheier and Carver (1985), considérant l'optimisme comme une dimension bipolaire opposant les réponses optimistes aux réponses pessimistes, la plupart des auteurs travaillant dans ce champ ont adopté cette définition. Cette structure n'est pourtant pas unanimement reconnue.

1.1.3 Optimisme et détresse

Lorsque des optimistes et des pessimistes sont confrontés à des difficultés, les premiers, ayant des attentes positives, adoptent en général une attitude combative, les autres, anticipant des issues défavorables, sont facilement découragés ou irrités (Carver et Scheier, 1998). La validité de critère du LOT-R a été établie par des études menées sur des groupes variés confrontés à une grande palette de situations aversives, scolaires, professionnelles ou médicales (Scheier et Carver, 1985).

Tableau 4.1 – *Le Life Orientation Test Révisé (LOT-R) de Scheier et Carver (1994)*

Les sujets répondent à l'aide de l'échelle suivante :
0 : pas du tout d'accord ; 1 : plutôt en désaccord ; 2 : neutre ; 3 : plutôt d'accord ; 4 : totalement d'accord. Les items (+) sont directs, cotés de 0 à 4, les items (–) sont à cotation inversée, cotés de 4 à 0. Les items entre ( ) sont des items de remplissage.

1. Dans les moments d'incertitude, je m'attends généralement à la meilleure issue possible (+)
2. (Il m'est facile de me détendre)
3. Quand quelque chose doit aller mal pour moi, ça ira mal (–)
4. Je suis toujours optimiste au sujet de mon avenir (+)
5. (J'apprécie beaucoup mes amis)
6. (C'est important pour moi de rester occupé(e))
7. Je m'attends rarement à ce que les choses s'arrangent comme je le voudrais (–)
8. (Je ne me fâche pas très facilement)
9. Je m'attends rarement à ce que des choses positives m'arrivent (–)
10. Dans l'ensemble, je m'attends à ce qu'il m'arrive plus de bonnes choses que de mauvaises (+)

Normes américaines du LOT-R à 6 items (Scheier et Carver, 1994)

	Moyenne	Écart type
1 394 étudiants	14,28	4,33
622 étudiantes	14,42	4,12

Les sujets optimistes sont moins stressés que les autres avant une intervention médicale et font état d'une meilleure qualité de vie après. Des femmes optimistes ont par rapport à des femmes pessimistes des scores de détresse moindres, avant et après un accouchement (Carver, Scheier et Segerstrom, 2010). L'optimisme prédit chez des sujets âgés moins de symptômes dépressifs quinze ans après, une telle stabilité montrant qu'il s'agit bien un trait (Giltay, Zitman, Kromhout, 2006).

L'optimisme prédit le recours à des stratégies actives face aux difficultés (Schwarzer, 1994). Une méta-analyse des études menées sur les relations entre optimisme et coping montre que les optimistes utilisent face à des situations aversives contrôlables plus de stratégies d'approche et d'engagement (Solberg Nes et Segerstrom, 2006). Des patientes optimistes opérées pour un cancer du sein font preuve d'*esprit combatif* contre la maladie, les pessimistes d'*impuissance-désespoir*. L'optimisme a

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

sur la qualité de vie ultérieure de ces patientes un effet *indirect* transitant par ces stratégies, la première induisant une bonne qualité de vie mais non la seconde (Schou, Ekeberg et Ruland, 2005).

1.1.4 Optimisme et santé auto-évaluée (SAE)

La relation observée entre l'optimisme et la SAE est positive (de l'ordre de .20 à .30) et elle se maintient après contrôle de l'effet d'autres aspects de la personnalité (anxiété, névrosisme, dépression, estime de soi, etc.). Ces relations ont été examinées de façon critique par des auteurs considérant l'optimisme comme une distorsion (*positive response bias*). Les relations entre le LOT et la SAE pourraient être dues en partie à un artefact, l'optimisme étant lié à la désirabilité sociale[1]. Seule une relation positive entre l'optimisme et des mesures objectives de santé établirait de façon convaincante ses effets salutogènes effectifs.

1.1.5 Optimisme et état de santé « objectif »

Pour des raisons encore mal élucidées, le fait d'être pessimiste (LOT) compromet la réussite d'un traitement contre l'infertilité (Bleil *et al.*, 2012). Une méta-analyse menée par Chida et Steptoe (2008) et concernant trente-cinq études a montré que l'optimisme comme trait (optimisme dispositionnel, espoir, satisfaction de la vie, sens de l'humour) et comme état (bonne humeur, joie, bonheur, vigueur, énergie), sont associés à une mortalité moindre en population générale comme dans divers groupes de patients[2].

L'étude WHI (Women Health Initiative) a concerné au total 97 253 Américaines (ménopausées) suivies pendant 8 ans. Les plus optimistes à l'inclusion (LOT-R) ont un taux moindre de mortalité (cardio-vasculaire et toutes causes) au cours du suivi (Tindle, Chang, Kuller, 2009). La méta-analyse de Rasmussen, Scheier, et Greenhouse (2009) a été menée sur les résultats de 84 études publiées de 1989 à 2009 sur la relation entre optimisme dispositionnel (LOT ou LOT-R) et issues de santé[3]. La taille d'effet est de 0.21 pour la santé perçue et de 0.11 pour la santé objective (significatives à $p < .001$). L'optimisme, même mesuré de

1. La relation observée sur six cent vingt-quatre étudiants entre optimisme et désirabilité sociale est positive : $r = + .26$, S à $p < .01$.

2. Dans des revues de littérature sur ces questions comme la synthèse qualitative de Pressman et Cohen (2005) et celle de Chida et Steptoe (2008), l'optimisme inclut aussi la vitalité, l'affectivité positive et la satisfaction de la vie.

3. La santé objective est évaluée par des mesures physiologiques, la survie et la mortalité.

diverses façons, dans divers types d'études et échantillons (population générale, patients), prédit des issues de santé favorables, ceci même si l'on contrôle les facteurs médicaux, sociodémographiques, socio-économiques ainsi que la personnalité (affectivité positive, névrosisme et dépression).

Beaucoup d'auteurs redoutent que la relation entre prédicteurs et issues auto-évaluées soit contaminée par des distorsions perceptives communes. Dans l'étude précitée, la relation entre optimisme et santé perçue est certes supérieure à celle observée entre optimisme et santé évaluée objectivement ; cependant, cette dernière relation reste significative, ce qui est un résultat important. Les analyses menées séparément avec des issues comme la survie, la mortalité ou la mesure de certains paramètres cardio-vasculaires et immunitaires montrent toutes l'effet bénéfique de l'optimisme dispositionnel sur ces indicateurs objectifs de santé.

1.1.6 Chemins menant de l'optimisme à la santé

D'après plusieurs recherches menées par Scheier et ses collègues sur des groupes de patients, il a été constaté que les optimistes récupèrent plus vite que les pessimistes. Les effets salutogènes de l'optimisme pourraient s'exercer de plusieurs façons. Leurs croyances en des issues plus favorables induiraient un état général de bien-être psychologique (sérénité) et des réponses physiologiques optimales : activation modérée des axes corticotrope et sympathique ; efficacité des réponses immunitaires (Huffman *et al.*, 2005). En ce qui concerne les effets indirects, les optimistes élaborent plus de stratégies d'ajustement actives face à l'adversité et ils sont aussi plus persistants dans l'adoption de comportements sains. Le LOT et le LOT-R de Scheier et Carver semblent saisir une dimension fonctionnelle de la personnalité (issues favorables espérées, engagement et adoption de stratégies actives, persévérance dans les actions), qui a des effets positifs sur la santé, perçue et objective.

Quelques critiques ont été formulées vis-à-vis de ces échelles. Leurs items concernent l'anticipation d'issues favorables sans que l'on sache si le sujet attribue ces issues à ses propres caractéristiques (attribution interne) ou à celles de la situation ou d'autres personnes (attribution externe). De plus, l'optimisme et le pessimisme sont considérés dans le LOT comme les deux pôles d'une même dimension, beaucoup de résultats allant dans ce sens en effet (Schwarzer, 1994). D'autres auteurs, analysant les réponses aux échelles d'optimisme, obtiennent deux dimensions indépendantes : l'attente d'issues favorables, liée à l'affecti-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

vité positive et l'attente d'issues défavorables, liée à l'affectivité négative (Benyamini, 2005 ; Chang *et al.*, 1997 ; Kubzansky, Sparrow et Vokonas, 2004). La question n'est pas tranchée pour l'instant (Rasmussen *et al.*, 2009).

1.2 De l'impuissance apprise au style explicatif optimiste/pessimiste

1.2.1 L'impuissance apprise

L'impuissance apprise, appelée également résignation apprise, est une notion créée par Seligman et ses collègues pour décrire les réactions de détresse et d'apathie des animaux subissant des événements stressants inévitables et incontrôlables (des chocs électriques par exemple). C'est un ensemble de comportements et croyances acquis suite à de telles expériences, se traduisant par le renoncement à toute tentative pour modifier la situation, et pouvant se généraliser à d'autres situations.

Des réactions similaires ont été décrites chez les êtres humains soumis à des événements aversifs intenses, répétés et impossibles à éviter malgré leurs efforts (maladie sévère, guerre, captivité, douleur chronique). Plus que la situation aversive, c'est l'absence de contrôle perçu de cette situation qui induirait l'impuissance apprise, considérée comme un précurseur de la dépression (Seligman, 1975). L'impuissance-désespoir, style d'ajustement parfois adopté face à une maladie sévère s'est avéré nocif vis-à-vis de la santé émotionnelle et somatique (voir *supra*, chap. 3 § 3)[1].

1.2.2 Le style attributionnel

Les humains ne réagissent pas à des situations stressantes incontrôlables comme les animaux : ils ne développent pas toujours d'impuissance apprise car ils élaborent des inférences causales diverses à propos de ces situations. L'attribution est un processus cognitif qui consiste à rechercher les *causes* expliquant la survenue des événements. La théorie de Seligman et ses collègues a été reformulée en termes de « théorie de l'attribution » (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978 ; Wiener, 1985,

1. Ce style d'ajustement a été dénommé selon les cas impuissance-désespoir, fatalisme, stoïcisme ou résignation.

1991)[1]. Selon celle-ci, nous attribuons ce qui arrive (résultats d'étudiants à un examen par exemple) à des causes *internes* (efforts) ou *externes* (le sujet a été traité en cours) ; *stables* (capacités personnelles) ou *instables* (sévérité des correcteurs lors de cette session) ; *globales* (taux de sélection dans les universités) ou *spécifiques* (critères de notation d'une discipline particulière).

Peterson et Seligman (1984) proposent de considérer l'optimisme et le pessimisme comme des styles cognitifs. Les attentes des individus vis-à-vis du futur proviendraient de leur interprétation des expériences passées. Un style explicatif optimiste consiste à *expliquer les événements positifs passés par des causes internes, stables et globales* (un style pessimiste à attribuer les événements négatifs passés à des causes internes et stables). Croire que l'on est responsable de nos échecs et malheurs est dysfonctionnel et conduit à l'auto-dévalorisation. Des femmes ayant été traitées pour un cancer du sein attribuant leur maladie à des causes internes (« c'est de ma faute si je suis malade ») ont présenté ultérieurement plus d'anxiété et de dépression (Watson *et al.*, 1990).

1.2.3 La mesure du style attributionnel

Peterson, Seligman et leurs collègues élaborent en 1982 un questionnaire de style attributionnel, l'ASQ, qui propose une liste de douze événements fictifs (six positifs et six négatifs) qui peuvent nous être arrivés en raison de leur banalité (Seligman et al., 1979). Pour chaque scénario, le répondant doit choisir entre deux modalités de causes proposées (stable/instable ; interne/externe ; globale/spécifique). On calcule séparément pour les événements positifs et négatifs un score de stabilité, d'internalité et de globalité (voir Peterson et al., 1982). L'optimisme consiste à faire pour les événements positifs des inférences internes, stables et globales.

Si la consistance interne de cet outil est satisfaisante (.72 à .75), la fidélité test-retest des six échelles d'attribution paraît faible (de .44 à .69). L'ASQ a semble-t-il une bonne validité de critère, le style attributif optimiste étant associé à de nombreuses issues de santé favorables et le style pessimiste à des issues défavorables (voir ci-dessous). Il existe d'autres instruments de ce type, comme l'EASQ de Peterson et Villanova (1988), contenant trente-six événements issus d'échelles d'événements

1. L'attribution causale consiste à expliquer *a posteriori* ce qui nous est arrivé antérieurement ; le lieu de contrôle est une croyance élaborée *a priori* quant à la cause interne ou externe d'événements futurs (voir *infra* § 1.3). Pour un rappel détaillé de l'origine et de l'évolution des théories de l'attribution, voir Pauquet (2009, p. 12-16).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de vie, plus représentatifs que ceux de la version initiale. Il en existe des versions spécifiques, dont une version pour enfants, le CASQ, qui a été adaptée en français (Salama-Younès, Martin-Krumm, Le Foll, et Roncin, 2008).

1.2.4 Style attributionnel et issues de santé

Un style pessimiste s'avère associé à de moins bonnes performances, à plus de symptômes dépressifs et à une moins bonne santé physique qu'un style optimiste[1]. Dans une étude célèbre, Peterson *et al.* (1988) évaluèrent en 1942-1944 le style explicatif de 268 étudiants (a.m. 25 ans) au cours d'entretiens où étaient évoqués des événements passés positifs et négatifs. Deux cotateurs évaluaient les inférences causales émises pour chacun (fidélité inter-évaluateurs : .77 à .90). Sur ces deux cent soixante-huit étudiants, quatre-vingt-dix-neuf, choisis au hasard, seront suivis pendant 35 ans. Leur santé sera évaluée régulièrement (index composite). La corrélation entre leur style explicatif pessimiste au départ et leur état de santé ultérieur s'avéra significative à partir de l'âge de 45 ans ($r = -.37$, S à $p < .001$).

Cette étude prospective, remarquable en raison de la durée du suivi et de la validité écologique de la procédure d'entretien, montre que *l'optimisme est protecteur et que le pessimisme fragilise les individus*. Les nombreuses études menées sur l'impact du style explicatif sur diverses issues (réussite académique, performance sportive, santé physique et mentale) vont dans le même sens (Martin-Krumm, 2012). D'après la méta-analyse de Rasmussen (2009), déjà citée, la relation entre optimisme et santé, estimée par la taille d'effet (ES) est de .17 si l'optimisme est évalué par le LOT ou le LOT-R et de .28 dans les études utilisant l'ASQ ou l'E-ASQ, ces tailles d'effet étant toutes deux significatives ($p < .01$).

1.2.5 Discussion

Il y a deux conceptions principales de l'optimisme, la première (envisager le futur positivement) est plus proche des conceptions communes que la seconde (style attributif *rétrospectif*). Ces notions sont distinctes, l'optimisme dispositionnel a trait à des croyances générales quant à l'issue favorable d'*événements futurs*, le style explicatif optimiste consiste à attribuer rétrospectivement les *événements passés* à certaines causes

1. Dans une étude menée sur des étudiants suivis 2 ans et demi, 17 % de ceux qui avaient au départ un style explicatif pessimiste ont eu ensuite une dépression majeure contre 1 % de ceux qui avaient un style optimiste (Abramson *et al.*, 2000).

(Carver *et al.*, 2010). Malgré ces différences, ces notions se sont avérées associées à des issues comparables : réussite académique et professionnelle, satisfaction conjugale, santé physique et mentale (Scheier, Carver, Bridges, 2002).

Les effets de l'optimisme seraient indirects (voies comportementales et biologiques). Les pessimistes, percevant leurs tentatives comme vaines, ne feraient pas d'effort pour adopter des styles de vie sains, mettant ainsi leur santé en danger ; les optimistes percevant leurs efforts comme efficaces, adopteraient plus facilement des comportements sains (Ironson *et al.*, 2005). De plus, les affects dépressifs et l'impuissance perçue vont de pair avec l'activation de certains systèmes (corticotrope par exemple), induisant une réactivité cardio-vasculaire excessive et une moindre compétence immunitaire (Peterson, 2000). Des voies psychosociales sont parfois aussi suggérées, les effets de l'optimisme transitant par un soutien social perçu plus important (Srivastava *et al.*, 2006). Ces divers mécanismes contribueraient à protéger les optimistes et à rendre les individus pessimistes plus vulnérables.

1.3 L'optimisme irréaliste (ou défensif)

1.3.1 Définition

Plusieurs auteurs notent que, en général, les individus sont plus optimistes que pessimistes, les vrais pessimistes étant rares (Carver *et al.*, 2010). Sous le nom d'*optimisme irréaliste* (ou défensif, ou naïf), certains auteurs (Weinstein, 1983 ; Taylor, 1989) ont décrit une distorsion cognitive, le *biais d'optimisme*, consistant à *croire que, par rapport aux autres individus, il est moins probable que divers événements négatifs nous arrivent*. Ce biais a été observé pour le risque subjectif d'avoir des problèmes de santé (diabète, cancer, sida, etc.) et pour d'autres événements déplaisants (accident, cambriolage, incendie, etc.)[1].

L'optimisme irréaliste serait une stratégie protectrice, nous permettant de croire que tout va pour le mieux. Il s'accompagne d'attributions causales externes (« je suis né sous une bonne étoile ») et de l'absence d'efforts pour mener une vie saine. Il conduit à sous-estimer le risque encouru face à de nombreux problèmes de santé (Weinstein

1. Il existe des synthèses concernant l'optimisme irréaliste (Armor *et al.*, 2002 ; Cummins et Nistico, 2002).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et Klein, 2000)[1]. Des comportements à risque ont été observés en effet chez les optimistes irréalistes (Beck, 1976). Une information sur ces risques a d'ailleurs peu d'impact sur l'illusion d'invulnérabilité. C'est surtout l'expérience personnelle d'un événement négatif qui accroît le sentiment de vulnérabilité et réduit le biais d'optimisme, sans l'éliminer complètement. C'est ce qu'a montré Renner (1993) avec des fumeurs directement confrontés à des cas de cancers du poumon.

1.3.2 Mesure

On évalue l'optimisme irréaliste (ou comparatif) par des échelles comme l'UOM (*Unrealistic Optimism Measure*) de Weinstein (1983) (*cf.* figure 4.1). Par rapport à une personne de référence (même âge, même sexe), les individus doivent évaluer le risque qu'un événement négatif leur arrive (une maladie par exemple) sur une échelle de – 3 (risque très inférieur au risque moyen) à + 3 (très supérieur au risque moyen). Les individus évaluent en moyenne leur risque comme très inférieur au risque moyen (score moyen de – 0,92 à – 1,82 selon l'événement), ce qui révèle un biais d'optimisme. Ces recherches ont été critiquées dans la mesure où elles ne prennent pas en compte les risques réels encourus par les individus et notamment leur style de vie (plus ou moins sain ou à risque). Elles ont été améliorées par la prise en compte de divers facteurs objectifs de risque (tabagisme, alcoolisme, surcharge pondérale, etc.).

Une enquête nationale a été menée aux États-Unis par téléphone auprès de 6 369 adultes (dont 1 245 fumeurs habituels). Plusieurs questions exploraient leurs croyances sur les risques associés au tabagisme (Weinstein, Marcus et Moser, 2005). Elle révèle que les fumeurs sous-estiment les risques encourus par ceux qui fument, dont surtout leur propre risque (ils croient courir un risque de cancer du poumon moindre que celui d'un fumeur moyen). Cette étude montre que l'optimisme irréaliste peut être évalué autrement que par les échelles de type UOM.

1. L'illusion d'invulnérabilité nous fait croire que même si des dangers existent, *le malheur n'arrive qu'aux autres*. Cet optimisme comparatif est si fréquent que c'est une véritable norme sociale.

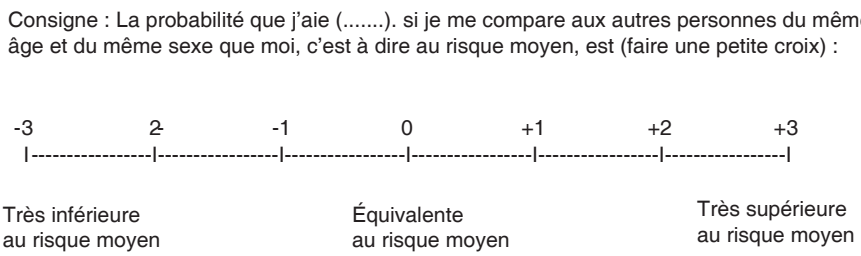


Figure 4.1 – *L'évaluation de l'optimisme irréaliste par l'UOM (Unrealistic Optimism Measure) de Weinstein (1983)*

1.3.3 Effets de l'optimisme irréaliste sur les comportements de santé

D'après le *Health Belief Model* (voir *supra*, chap. 5), une personne pessimiste, se croyant vulnérable vis-à-vis de certains problèmes de santé, adoptera des comportements préventifs, se faire vacciner par exemple (Brewer *et al.*, 2004). Au contraire, l'optimisme irréaliste, associé à un sentiment d'invulnérabilité n'incite pas à se protéger. Une relation négative a été observée en effet entre optimisme irréaliste et comportements sains (Davidson et Prkachin, 1997). Cette attitude, s'opposant à l'adoption de comportements de protection, devrait être associée à des issues de santé négatives. La question reste en suspens, les études réalisées concernant d'autres types d'optimisme (dispositionnel et attributionnel).

Nous sommes donc en général plus optimistes que pessimistes. Les distributions de l'optimisme, de la satisfaction de la vie, du bien-être, de l'estime de soi et de la qualité de vie sont asymétriques, le mode et la moyenne se situant du côté positif. Un tel biais d'optimisme, *s'il est modéré*, permet de faire face à l'adversité, de garder de l'espoir et d'adopter des attitudes actives (Cummins et Nitsico, 2002).

À l'inverse, le pessimisme (dispositionnel ou explicatif) est associé à des croyances négatives (issues défavorables contre lesquelles on est impuissant) et à des issues de santé péjoratives. Sans aller jusqu'à un pessimisme extrême, une *certaine perception de vulnérabilité* semble indispensable à un changement de comportement, comme adopter des comportements plus sains, ou renoncer à des comportements à risque (Renner et Schwarzer, 2004). Il existe des interventions menées en promotion de la santé dont l'objectif n'est pas de rendre les gens pessimistes, mais simplement d'accroître et de rendre plus *exacte* la perception des risques pesant sur leur santé (Vollrath, 2006, chap. 15).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

2. Le contrôle[1]

Le sentiment de contrôle consiste à croire que, grâce à nos capacités et à nos actions, nous pouvons atteindre nos objectifs et éviter les situations déplaisantes. Le *lieu de contrôle* (LOC) est une tendance stable et générale qui différencie les individus croyant que les événements dépendent de leurs capacités et actions des individus croyant que les événements sont dus à des causes externes (destin, chance…). Le *contrôle effectif* est une caractéristique de la situation. C'est par exemple le fait qu'un salarié puisse choisir ses méthodes de travail, participer aux décisions et se fixer des objectifs. On appelle enfin *contrôle perçu* une transaction spécifique entre une personne et une situation aversive qui consiste à évaluer ses ressources face au problème, ressources dont fait partie le contrôle perçu (voir *infra*, chap. 6).

2.1 Le contrôle comme caractéristique des situations

Une situation difficile peut être objectivement contrôlable ou non. Nous avons vu plus haut que des animaux soumis à des chocs électriques inévitables développent des réactions de détresse et d'apathie, l'*impuissance* apprise (Seligman, 1975). Cette résignation n'apparaît cependant pas forcément chez les êtres humains placés dans ce type de situation. En effet, ceux-ci essaient de comprendre ce qui leur arrive et font des *attributions causales*, inférences à propos de l'origine des événements et des comportements (Vallerand, 2006). Ces attributions sont des tentatives pour exercer un certain contrôle sur les situations, ne serait-ce qu'en essayant de les comprendre.

La contrôlabilité effective protège généralement les individus contre l'impact nocif des stresseurs (car ceux-ci peuvent les supprimer, les atténuer ou les éviter). Les recherches montrent que les sujets ayant à affronter une situation stressante mais contrôlable ont un état de santé équivalent à celui d'individus non stressés. Lorsque les situations stressantes ne sont pas directement contrôlables, il existe des modalités indirectes de contrôle pouvant être induites ou facilitées par le contexte : contrôle décisionnel, cognitif ou informatif.

1. Le style attributionnel et le contrôle, assez proches, sont parfois confondus. Le style attributionnel consiste à expliquer *a posteriori* quelles sont les causes d'un événement passé, alors que le LOC est la tendance à croire *a priori* que l'on peut contrôler ou non une situation future (Martin-Krumm, 2012 ; Paquet, 2009).

Le contrôle décisionnel est le fait de pouvoir choisir entre plusieurs stratégies celle que l'on préfère adopter face à un événement. Avant la naissance d'un enfant, le père et la mère peuvent choisir par exemple le lieu de l'accouchement (hôpital, clinique, chez soi), l'obstétricien et parfois la technique (avec péridurale ou non). Une revue systématique des études menées sur des parturientes révèle que la latitude décisionnelle est un déterminant essentiel de leur satisfaction vis-à-vis de l'expérience de la naissance (Hodnett, 2002). Il existe beaucoup d'autres études menées auprès de patients et de sujets âgés montrant que le fait d'être associé aux décisions d'une institution médicale a des effets bénéfiques.

On peut proposer aux individus placés dans des situations éprouvantes des stratégies cognitives permettant d'atténuer leur impact. Aux patients qui souffrent on peut proposer d'écouter de la musique (Nilsson, 2008) ou des techniques de distraction ou d'imagerie mentale, efficaces contre les douleurs modérées (Bandura, 2003). Avec des patients qui vont subir une intervention chirurgicale, on utilise parfois des stratégies de contrôle cognitif les invitant à éviter de penser aux aspects négatifs de l'expérience et à se centrer sur les bénéfices qu'elle leur apportera. Les patients concernés présentent moins de stress pré- et post-opératoire et ont besoin de moins de médicaments que les autres (Sarafino et Smith, 2011).

La détresse d'un individu confronté à une situation stressante peut augmenter s'il n'est pas informé. La préparation à une intervention chirurgicale, à un accouchement ou à des soins dentaires par exemple comprend souvent un apport d'informations (déroulement de l'opération, sensations ressenties, etc.). Les patients recevant ces informations sont généralement moins anxieux avant et après l'intervention que ceux qui n'ont pas été informés (Nuissier, 1994). Parfois on y ajoute l'apprentissage de stratégies cognitives et comportementales (respiration, relaxation) pour gérer l'inconfort et la douleur Parfois, le simple fait pour un patient de savoir qu'il dispose de moyens pour faire face (pompe à morphine) suffit à réduire son anxiété.

Un contrôle informatif, s'il atténue en général la nocivité des situations stressantes, peut interagir avec les caractéristiques des individus. L'étude menée par Miller et Mangan (1983) sur des patientes consultant pour un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus montre qu'un apport d'informations sur cet examen ne réduit leur état de stress *que s'il est en accord avec leur style cognitif* (vigilant ou évitant). Dans l'étude menée à Hong Kong sur cent quatre-vingt-seize patients devant subir une intervention chirurgicale dentaire dont on a évalué préalablement l'anxiété, Ng, Chau et Leung (2004) observent que les patients ayant reçu des informations avant l'opération sont moins anxieux après l'intervention,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

sauf dans le cas où une information détaillée est fournie à des patients très anxieux. Le contrôle informatif ne réduit l'impact d'une situation aversive que s'il est en accord avec les besoins de contrôle des individus.

2.2 Le contrôle comme caractéristique des individus

Le contrôle est également considéré comme une caractéristique des individus, croyances générales pour les uns, trait de personnalité pour les autres[1]. Le sentiment de contrôle personnel consiste à croire que l'on peut en général maîtriser les événements et atteindre ses objectifs. Il peut être illusoire (sans contrôle réel de la situation). Le contrôle personnel jouerait un rôle protecteur en atténuant l'impact des événements stressants et en facilitant l'adoption de styles de vie sains. Un faible contrôle personnel (appelé parfois « perte de contrôle » ou « impuissance perçue ») est associé à plus de stress perçu et de détresse et à une moins bonne santé physique (Horner, 1998).

2.3 Le lieu de contrôle (*locus of control*) de Rotter

Parmi les divers aspects de la personnalité, le lieu de contrôle (LOC) a été sans doute la plus populaire (Rotter, 1966, 1975)[2]. Ce concept est issu de la théorie de l'apprentissage social de cet auteur, théorie qui souligne l'importance des attentes et des renforcements dans la détermination des comportements des individus (Paquet, 2009, p. 9-16).

2.3.1 Définition

Le LOC est la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) dépendent soit de facteurs internes (actions, efforts et capacités personnelles), soit de facteurs externes (destin, chance, hasard et personnages tout-puissants). Certains individus, établissant un lien causal entre leurs actions ou capacités et les événements qui les touchent, ont un contrôle interne. D'autres, attribuant les renforcements ultérieurs à des facteurs extérieurs, ont un contrôle externe.

---

1. Le sentiment de contrôle personnel est notion très utilisée en psychologie de la santé, sociale, du travail et du sport, proche de l'*attribution causale* (Kelley, 1967 ; Peterson *et al.* 1988) et de l'impuissance apprise (Seligman, 1975) déjà préssentés et du *lieu de contrôle* (Rotter, 1966, 1975), de l'*auto-efficacité* (Bandura, 1988, 2003), de l'*endurance* (Kobasa, 1982) et du *sens de la cohérence* (Antonovsky, 1990) qui vont être abordés à présent.

2. De 1966 à 1975, l'étude initiale de Rotter (1966) sera la publication la plus citée au niveau international.

Le contrôle serait acquis par apprentissage social, notamment au cours des expériences vécues de succès et d'échec et par observation du comportement d'autrui et de ses résultats (apprentissage vicariant). Pendant la petite enfance, la famille, source principale de renforcements et de modèles, joue un rôle important. Des parents attentifs, gratifiants et cohérents (quant aux comportements attendus) faciliteront le développement d'un LOC interne chez l'enfant. Le LOC se construira à partir d'autres expériences (enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse) et résultera d'informations complexes, souvent reconstruites *a posteriori*. Il peut être irréaliste et ne constituer qu'une illusion de contrôle (Dubois, 2009).

2.3.2 L'échelle d'internalité-externalité de Rotter

Pour mesurer le LOC, Rotter (1966) construisit l'échelle I-E comprenant vingt-neuf items à choix forcé, issus d'échelles antérieures (voir tableau 4.2). Elle fut traduite en treize langues et administrée à un nombre important d'échantillons. Si le concept de contrôle a suscité un engouement général, l'échelle I-E de Rotter en revanche, a fait l'objet de plusieurs critiques. Le fait de proposer des items à choix forcé présuppose que l'internalité et l'externalité sont les deux pôles d'une même dimension[1]. D'autre part, sa fidélité test-retest (.66 en moyenne pour un intervalle de deux semaines à un an) et sa consistance interne (.67 selon Beretvas *et al.*, 2008), sont médiocres[2].

Tableau 4.2 – *Quelques items de l'échelle de contrôle interne-externe (I-E) des renforcements de Rotter (d'après l'adaptation française de Agathon et Salehi, 1985)*

1.	A. Les enfants ont des problèmes parce que leurs parents les punissent trop. B. L'ennui avec la plupart des enfants de nos jours, c'est que les parents sont trop libéraux avec eux.
2.	A. La plupart des choses désagréables dans la vie des gens sont dues en partie à la malchance. B. Le malheur des gens provient des fautes qu'ils commettent.
3.	A. Une des raisons essentielles pour lesquelles nous avons des guerres est que les gens ne s'intéressent pas assez à la politique. B. Il y aura toujours des guerres, même si on essaie ardemment de les empêcher.
4.	A. Finalement, les gens obtiennent le respect qu'ils méritent. B. Malheureusement, la valeur d'un individu est souvent méconnue malgré ses efforts.

☞

1. La conception unifactorielle qui prédominait au début obligeait les auteurs à retirer des items (Dubois, 1985).

2. Un coefficient α de Cronbach, pour être satisfaisant, ne doit pas être inférieur à .80 (Henson, 2001).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞
5. A. Il est faux de dire que les maîtres sont injustes à l'égard des étudiants.
B. La plupart des étudiants ne réalisent pas l'importance des événements fortuits sur leurs notes.

L'échelle d'Internalité-Externalité (I-E) de Rotter comprend 29 items (plus 6 de remplissage). Le sujet doit choisir celui des énoncés (A ou B) qui traduit le mieux son opinion. Les réponses sont cotées 1 (réponse externe) ou 0 (réponse interne). Un sujet ayant une note élevée pense ne pas pouvoir contrôler les renforcements, un sujet ayant une note basse pense pouvoir les contrôler.

De plus, la structure de l'échelle I-E s'est avérée instable. Nous avons recensé trente-cinq analyses factorielles menées sur l'échelle de Rotter ; elles ont abouti à des solutions de un à neuf facteurs. Le fait de recourir à des analyses exploratoires (plutôt que confirmatoires) et au critère de Kaiser lors de l'extraction des facteurs a conduit à une prolifération de solutions et de facteurs. L'étude de Ferguson (1993), menée avec des critères d'extraction exigeants, aboutit à deux dimensions, l'internalité et l'externalité. Enfin, cette structure varie selon les situations, l'âge et l'époque. Une méta-analyse menée sur les scores de LOC (1960-2002) montre que de nos jours, les jeunes sont de plus en plus externes (Twenge *et al.*, 2004). Les auteurs ne s'accordent pas sur le fait que le LOC soit ou non un trait de personnalité[1].

Selon divers auteurs, dont Furnham et Steele (1993), les réponses à l'échelle I-E sont sensibles à des attitudes défensives. Une réponse externe peut permettre d'éviter d'endosser la responsabilité de ses échecs[2]. De façon symétrique, Mirowsky et Ross (1990) distinguent les internes assumant leurs responsabilités quelles que soient les conséquences de leurs actions (internes responsables) de ceux affirmant qu'ils contrôlent les issues positives mais non les issues négatives (internes défensifs). Or, le second groupe a des scores de dépression plus élevés que le premier, ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle l'échelle I-E n'est pas à l'abri de certaines attitudes défensives auto-protectrices[3].

Une distorsion souvent décrite dans la littérature est la désirabilité sociale. Dans notre société, l'internalité est plutôt valorisée et l'exter-

1. Pour Skinner (1995), des croyances comme l'I-E (même généralisées) sont instables car très sensibles à nos expériences de contrôle et d'incontrôle, il ne s'agit donc pas d'un trait de personnalité. Pour Eysenck (1995), la personnalité est déterminée par des facteurs génétiques et environnementaux en interaction et peut donc changer.

2. Les sujets dépressifs, névrotiques ou anxieux seraient plus enclins à donner des réponses externes défensives lorsque le renforcement est négatif, ce qui leur permet de préserver leur estime d'eux-mêmes.

3. Ces distorsions affectent toutes les auto-évaluations de la personnalité et pas seulement les échelles I-E.

nalité déconsidérée (Jutras, 1987). C'est la fameuse « norme d'internalité » qui a connu en psychologie sociale une certaine popularité (Beauvois, 1984 ; Dubois, 2009). Il est généralement plus désirable d'être interne qu'externe. Une préférence globale pour des candidats internes est observée dans le recrutement du personnel par exemple, mais elle n'est pas systématique. La norme d'internalité varie selon les renforcements concernés (réussites, échecs), les contextes situationnels (plus ou moins contrôlables effectivement) et selon son interaction avec d'autres normes (norme d'allégeance par exemple).

Des auteurs comme Rotter (1966, 1975, 1990), Lefcourt (1983) ou Strickland (1989) ont répondu à certaines de ces objections. Pour eux, les utilisateurs de l'échelle de Rotter méconnaissent l'origine du concept de LOC, issu d'une théorie de l'apprentissage social, qui ne définit pas le LOC comme une disposition stable, mais comme une croyance généralisée en un contrôle (interne ou externe) des renforcements futurs. Chez un sujet interne percevant les événements ultérieurs comme liés à ses actions, des issues positives renforceront ses croyances et actions, des issues négatives les affaibliront. Chez l'individu qui croit que les renforcements ultérieurs dépendent de causes extérieures (chance, destin…), des issues positives ou négatives n'affecteront ni ses croyances ni ses actions.

Que le LOC soit une croyance *généralisée* est cohérent avec les théories de l'apprentissage (principe de généralisation). Rotter reconnaîtra la relative spécificité des croyances de contrôle, qui dépendent aussi des caractéristiques perçues de la situation et de la valeur accordée aux renforcements. Pour lui, généralité et spécificité sont une question de degré et non de nature (Rotter, 1990). Des échelles multidimensionnelles de LOC se sont beaucoup développées dans le domaine de la santé (Wallston *et al.* 1994) et du travail (Spector *et al.*, 2002 ; Wang *et al.*, 2010) et des versions destinées à des groupes particuliers sont disponibles (Halpert et Hill, 2011). On assiste depuis quelques années à un désintérêt relatif pour le LOC au profit d'autres notions comme l'auto-efficacité, par exemple (Luszczynska et Schwarzer, 2005).

2.4 La conception tridimensionnelle du contrôle de Levenson

Plusieurs auteurs ont mis en doute l'unidimensionnalité de l'échelle I-E de Rotter (Phares, 1976 ; Levenson *et al.*, 1973a et b ; 1974 ; 1976 ; 1981). Levenson améliora cet outil : elle reformula les items pour qu'ils soient directs et non ambigus, réintroduisit les items éliminés par Rotter pour leur incompatibilité avec l'hypothèse d'unidimensionnalité

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et proposa des réponses en sept degrés au lieu de deux (I/E). Soumettant cette échelle à plusieurs échantillons, elle obtint une structure en trois facteurs, *stable* d'un groupe à l'autre : l'*internalité* (I) regroupe des items relatifs à l'origine interne des renforcements (aptitudes, comportements, actions, efforts), les *personnages tout-puissants* (P) des items attribuant les événements à personnes ayant du pouvoir, la *chance* (C) des items les expliquant par le hasard et le destin. Le questionnaire IPC comprend trois échelles de huit items (voir tableau 4.3).

Tableau 4.3 – *Quelques items de l'échelle multidimensionnelle de lieu de contrôle IPC de Levenson à 24 items (d'après Brosschot* et al.*, 1994)*

Échelles et items	Saturation	α de Cronbach
Internalité (I)		.66
5. Quand je fais des plans, je suis presque certain(e) de les mener à bien.	.64	
18 . Je sais contrôler ce qui m'arrive.	.66	
19. J'arrive à défendre mes intérêts par moi-même.	.56	
21. Quand j'obtiens ce que je veux, c'est grâce à mes efforts.	.55	
23. Ma vie est presque entièrement déterminée par mes propres actions.	.59	
Chance (C)		.71
2. Dans une certaine mesure, ma vie dépend d'événements aléatoires.	.55	
6. La plupart du temps, c'est difficile de se protéger contre la malchance.	.60	
7. Quand j'obtiens ce que je veux, c'est en général parce que j'ai de la chance.	.55	
12. Avoir un accident ou non est la plupart du temps déterminé par le hasard.	.67	
14. Ça ne sert à rien de faire des plans à long terme car beaucoup de choses dépendent du destin.	.55	
Personnages puissants (P)		.75
3. Ce qui m'arrive dépend surtout de personnages puissants.	.61	
11. Ma vie est sous le contrôle de gens plus puissants que moi.	.79	
13. Les gens ont peu de chances de défendre leurs intérêts s'ils ne sont pas soutenus par des groupes de pression.	.49	
15. Pour obtenir ce que je veux, je dois donner satisfaction à mes supérieurs hiérarchiques.	.62	
22. Pour que mes plans aboutissent, il faut qu'ils conviennent à ceux qui sont au-dessus de moi.	.66	

Le questionnaire IPC de Levenson présente plusieurs avantages par rapport à l'échelle I-E de Rotter : il permet des réponses plus nuancées, la formulation des items est personnalisée et l'outil n'est pas affecté par la désirabilité sociale (Levenson, 1981). Une structure à trois facteurs est retrouvée le plus souvent (Brosschot *et al.*, 1994 ; Halpert et Hill, 2011 ; Presson, Clark et Benassi, 1997). Certains auteurs après avoir ôté les moins bons items (saturation et communauté faibles), ont administré ces versions à des échantillons importants et procédé à des AFC des réponses. Le modèle en trois facteurs s'ajuste bien aux données en général (Hoffman, Novak et Schlosser, 2003 ; Huntley, Palmer et Wakeling, 2012 ; Wilkinson, 2007) et les coefficients d'homogénéité et de fidélité sont meilleurs que dans la version initiale.

L'échelle IPC de Levenson est l'échelle de contrôle général la plus utilisée. Il en existe une adaptation française (Loas *et al.*, 1994 ; Rossier *et al.*, 2002). Plusieurs échelles dérivées s'inspirent de l'échelle IPC, dont l'une, la MHLCS (Multidimensional Health Locus of Control) est souvent utilisée dans le champ de la santé (voir *infra*, chap. 6).

Plusieurs auteurs ont affirmé dès les années 1980 que le LOC était multidimensionnel (par exemple, Lefcourt, 1984). Les études empiriques réalisées à partir des échelles I-E et IPC ont montré que les croyances internes et externes étaient indépendantes (plutôt qu'opposées). Le modèle de Levenson a permis d'identifier deux aspects très différents de l'externalité. Le fait de croire que certains personnages puissants contrôlent ce qui nous arrive induit des attentes cohérentes et des issues prévisibles, alors que croire que notre vie dépend du hasard ou de la chance induit des attentes envers des issues aléatoires et imprévisibles. Le facteur I, associé à un sentiment de contrôle, devrait avoir des effets protecteurs, alors que le facteur C, associé à l'impuissance perçue, pourrait s'avérer particulièrement dysfonctionnel.

2.5 Les effets salutogènes du contrôle[1]

Le contrôle a été étudié dans de nombreux contextes : travail, scolarité, couple, pratique sportive, maladie, etc. Le contrôle y est le plus souvent défini comme une caractéristique cognitive générale évaluée par les échelles I-E ou IPC (et leurs dérivés) ; il désigne parfois une tran-

1. Cette synthèse complète celle de l'édition précédente ; elle résume brièvement les résultats de 84 études menées avec l'I-E de Rotter, trente-huit études avec l'IPC de Levenson et de quelques études menées avec d'autres outils.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

saction spécifique entre l'individu et une situation ou un problème[1]. L'internalité et l'externalité sont les deux pôles d'une même dimension dans certaines études ou des dimensions quasi indépendantes dans d'autres. En général, l'internalité est associée à des issues plus favorables que l'externalité : détresse émotionnelle moindre, satisfaction et bien-être supérieurs, styles de vie plus sains et meilleur état fonctionnel.

2.5.1 Contrôle et santé émotionnelle

Les relations entre l'internalité de Rotter et la santé émotionnelle ont été étudiées dans des groupes variés (étudiants, cadres, enseignants, employés, personnel soignant, patients, couples, sujets âgés, etc.). Le résultat le mieux établi concerne l'effet direct positif de l'internalité sur le bien être émotionnel. (Cohen et Edwards, 1989, Deneve et Cooper, 1998, Horner, 1998, Hurrell et Murphy, 1991 ; Thompson et Collins, 1995). L'externalité de Rotter est associée à la vulnérabilité émotionnelle : troubles anxio-dépressifs, faible estime de soi, détresse émotionnelle.

L'échelle IPC de Levenson a été utilisée dans des contextes variés (douleur, alcoolisme, emprisonnement, cancers, cognitions, performances scolaires, engagement social). Le facteur I a des relations stables mais modérées avec la santé émotionnelle (de .20 à .40)[2]. En revanche les facteurs d'externalité P et C ont tous deux des effets dysfonctionnels. Le facteur P (personnages puissants) est associé à l'affectivité négative (dépression, névrosisme et hostilité) et à une mauvaise qualité de vie émotionnelle. Le facteur C (chance) a des effets négatifs sur la qualité de vie émotionnelle en affectant, encore plus que P, le névrosisme, l'anxiété et l'intensité de divers symptômes (évalués par le SCL-90).

La revue qualitative de Neipp, López-Roig et Pastor (2007) effectuée sur quarante-quatre articles publiés de 1966 à 2006 sur les effets des croyances internes des patients cancéreux montre les effets favorables des croyances en un contrôle interne et d'un contrôle par les professionnels de santé sur la qualité de vie émotionnelle, mais non sur l'évolution de la maladie[3]. En contexte professionnel, l'internalité est associée à davantage de satisfaction et d'implication au travail et à

1. Le contrôle perçu comme transaction entre un individu et une situation sera traité dans le chapitre suivant.

2. L'avantage de l'échelle IPC est qu'elle n'est pas affectée par la désirabilité sociale.

3. L'attribution causale interne de la maladie est dysfonctionnelle. En revanche, croire que l'on contrôle l'évolution future d'un cancer (soi ou les professionnels) est bénéfique (Cousson-Gélie, 1997 ; Segrestan *et al.*, 2005 ; Watson *et al.,* 1990).

moins d'épuisement (*burnout*) que l'externalité, d'après la méta-analyse de Wang, Bowling et Eschleman (2010) réalisée à partir de 184 études. L'internalité pourrait interagir avec certaines caractéristiques des situations et n'avoir d'effets favorables que si un certain contrôle est possible. En contexte professionnel, par exemple, l'internalité n'est salutogène que si le poste occupé permet un certain contrôle effectif (responsabilités, autonomie décisionnelle, etc.).

Les études consultées ne démontrent pas toutes l'effet direct de l'internalité sur la santé émotionnelle. Certaines suggèrent que l'internalité peut avoir des effets modérateurs ; elle atténue par exemple les effets délétères de certaines situations stressantes sur la santé émotionnelle. L'internalité n'expliquerait qu'une proportion faible de la variance de ces critères (en moyenne 8 % selon Lefcourt, 1984), ce qui peut être dû au fait que les effets d'interaction (internalité × contexte), sans doute plus importants que les effets directs, sont souvent négligés dans les recherches.

2.5.2 Contrôle, styles de vie sains et santé physique

L'état de santé des sujets internes est décrit généralement comme meilleur que celui des externes (Cohen et Edwards, 1989 ; Hurrell *et al.*, 1991 ; Horner, 1998 ; Rodin et Salovey, 1989 ; Seeman, 1991 ; Ünstüdag-Budak et Mocan-Aydin, 2005). Une relation entre internalité et santé « objective » a été observée dans quelques études longitudinales menées sur des échantillons importants. Dans une étude menée en Allemagne par Stürmer, Hasselbach et Amelang (2006), par exemple, 5 114 femmes de 40 à 65 ans en bonne santé au départ ont été suivies pendant huit ans et demi : les internes ont présenté une morbidité plus faible que les externes au cours du suivi (moins d'infarctus notamment), ainsi qu'une mortalité moindre.

En ce qui concerne l'internalité comme facteur de pronostic, ses effets se sont avérés protecteurs, chez des diabétiques (Gillirand et Stevenson, 2006 ; Chamberlain et Quintard, 2001), des asthmatiques (Katz, Yelin, Eisner et Blanc, 2002) et des lombalgiques (Koleck, 2001). Face à une maladie chronique, les internes semblent moins perturbés que les externes ; cependant, si la maladie perdure (état stationnaire, aggravation), ce sont les patients internes qui présentent le plus de troubles émotionnels, sans doute parce que leurs efforts pour améliorer leur état sont vains.

Les effets bénéfiques de l'internalité sur la santé pourraient être dus au fait que les internes adoptent en général davantage de comportements

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

préventifs et de comportements sains (faire de l'exercice, manger de façon équilibrée, ne pas fumer) et qu'ils ont une meilleure adhésion thérapeutique (Sarafino et Smith, 2011 ; Horner, 1998 ; Molloy, Wolstencroft et King, 1997). Il a été observé par exemple que les femmes internes sollicitent plus souvent une mammographie que les externes (Lopez-McKee, McNeill, Bader et Morales, 2008) et sont plus sensibles aux messages de prévention (Williams-Piehota *et al.*, 2004).

Le fait d'être interne (facteur I de Levenson) est associé à une meilleure santé physique et à des styles de vie plus sains, c'est l'inverse pour l'externalité P (personnes puissantes) et surtout pour C (chance)[1]. Il a été montré par Bremer *et al.* (1997) puis Janne *et al.* (2001) que, parmi des femmes soumises à un examen de dépistage (cancer du sein), celles dont on découvrira qu'elles ont une tumeur maligne étaient *plus externes au départ* (facteur C) que les autres (groupe contrôle, femmes avec une tumeur bénigne). Le fait de croire à la chance et au hasard induit probablement des attitudes attentistes qui nuisent à la santé. Il a été observé que des stratégies d'ajustement passives médiatisent les effets délétères de l'externalité sur l'état de santé chez des patients séropositifs (Grassi *et al.*, 1998). Des migraineux externes (C) font moins d'efforts pour gérer la douleur et ont une moindre adhésion thérapeutique que les internes (Nicholson *et al.*, 2007).

La dimension P de l'externalité a des effets généralement défavorables sur la santé mentale et physique. Cependant, elle peut interagir avec d'autres caractéristiques, ce qui parfois s'avère fonctionnel. Les études menées auprès de patients atteints de cancers connaissant leur diagnostic montrent qu'ils ont en moyenne des scores P relativement élevés : ils croient que la maladie est sous le contrôle des médecins (Lin et Tsay, 2005)[2]. Une telle croyance s'est avérée favorable à l'ajustement émotionnel ultérieur de patientes traitées pour un cancer du sein (Segrestan *et al.*, 2005). Croire que les événements sont contrôlés par autrui est une certaine forme de contrôle, moins pathogène que celle consistant à penser que ce qui nous arrive est complètement aléatoire.

1. Le contrôle de la santé peut être évalué par l'échelle MHLC de Wallston directement issue de l'IPC. Est-il utile de différencier P et C (corrélation de + .56, selon Brosschot *et al.*, 1994) ? Oui peut-être, car P est associé à une mauvaise santé physique, à l'hostilité et au stress professionnel, mais peut parfois s'avérer protecteur. C est lié à des comportements à risque, à des stratégies d'ajustement passives et à des pathologies mentales plus sévères.

2. C'est l'attribution causale interne, face à une maladie incontrôlable, qui est associée à une mauvaise QdV.

2.5.3 Discussion

En majorité, les études consultées montrent l'effet bénéfique d'un LOC interne sur la santé[1]. La plupart des études ont utilisé l'échelle I-E de Rotter, ce succès pouvant être dû à sa généralité qui en fait une échelle adaptée à une grande variété de ressources et de situations (Cohen et Edwards, 1989). L'échelle IPC de Levenson a permis de découvrir les effets parfois différents des deux types d'externalité. Bien que stables, les relations entre internalité et santé sont modestes (8 % à 10 % de variance commune). Elles sont en outre relativement complexes. L'effet de l'internalité sur la santé, souvent direct, est parfois indirect. L'internalité n'atténue par exemple l'impact nocif de certains événements que si ceux-ci sont perçus comme contrôlables. Enfin l'internalité interagit avec d'autres caractéristiques des individus et des situations (contrôlabilité effective).

↘ *Internalité et santé émotionnelle*

Pour Bandura, le sentiment de contrôle, acquis par apprentissage social, est modelé par les expériences de la vie. Croire en notre emprise possible sur les événements est un choix optimiste, rassurant, qui permet d'éviter les inquiétudes existentielles. Inversement, le fait de croire que l'on ne peut pas maîtriser les événements est associé à la vulnérabilité perçue. Les relations entre internalité et santé émotionnelle sont en partie indirectes ; elles peuvent transiter par divers processus comme l'évaluation des événements et des ressources et l'élaboration de stratégies. Les sujets internes auraient tendance à évaluer les situations aversives comme des défis, à s'évaluer comme capables de les affronter et à élaborer des stratégies actives (Horner, 1998), comme la recherche d'information par exemple (Han, Collie, Koopman, Azarow, Classen, 2005).

La relation entre internalité et santé émotionnelle pourrait être curvilinéaire (en U renversé) car les stratégies des individus modérément internes seraient les plus efficaces. Les individus à très forte internalité en effet, croyant tout maîtriser feraient des efforts de contrôle généralisés et excessifs pouvant s'avérer inutiles et coûteux en cas de difficulté[2]. Malgré cela, l'internalité apparaît très généralement dans tous les travaux consultés comme facteur protecteur, alors que l'externalité

1. Cette discussion se limite aux résultats observés avec les échelles généralistes (échelle I-E, échelle IPC).

2. Il arrive que des individus extrêmement internes, persuadés de pouvoir contrôler seuls leur état de santé, soient plus rétifs que les externes vis-à-vis des prescriptions médicales.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

est associée à des problèmes émotionnels (dépression, anxiété, détresse, troubles de l'humeur, faible estime de soi) qui se manifestent en particulier lorsque l'individu doit affronter des situations aversives.

↘ *Internalité et santé somatique*

La relation entre contrôle interne et santé physique est modérée mais bien établie (état fonctionnel, évolution des cancers, des maladies cardio-vasculaires, etc.) ; les études effectuées sur ce thème sont assez rares, surtout transversales et la santé y est souvent auto-évaluée[1]. Une première voie explicative est *comportementale* : les internes ont des styles comportementaux plus sains que les externes : ils font plus d'exercice, ont moins de conduites addictives et mangent de façon plus équilibrée. Les internes, lorsqu'ils sont malades, recherchent davantage d'informations et sont plus observants. Ils sont par exemple plus sensibles à des messages préventifs concernant les risques de cancers de la peau que les externes (Mc Math et Prentice-Dunn, 2005). Ce serait en grande partie parce que l'internalité favorise les comportements de protection qu'elle aurait des effets bénéfiques sur la santé.

L'autre voie par laquelle le contrôle pourrait agir sur la santé est *biopsychosociale*. Chez l'animal et chez l'homme, le fait de ne pas contrôler une situation induit un sentiment d'impuissance, qui induit une activation de l'axe corticotrope et une augmentation du taux de cortisol, associée à une moindre activité immunitaire. En psychoneuro-immunologie, les études menées chez l'homme montrent que des niveaux de contrôle faibles sont associés à une altération des réponses immunitaires, ce qui pourrait faciliter l'évolution de diverses maladies infectieuses et tumorales ; le contrôle perçu au contraire, associé à un meilleur fonctionnement immunitaire, aurait sur la santé un impact bénéfique (Argaman *et al.*, 2005 ; Griffin et Chen, 2006 ; Reynaert *et al.*, 1995).

Certains problèmes relatifs au rôle et au statut du contrôle restent posés. Le fait que l'internalité et la santé soient positivement associées peut être dû à des facteurs communs comme l'affectivité positive contaminant les deux évaluations, à des déterminants communs encore peu élucidés ou à une causalité inverse, un sujet en bonne santé pouvant développer des croyances internes. Il reste encore beaucoup d'hypothèses inexplorées concernant les voies comportementales, transactionnelles et biopsychosociales par lesquelles le contrôle peut affecter la

1. L'hypothèse d'une possible causalité inverse n'a pas été éprouvée (un bon état de santé induisant des croyances internes).

santé. Le contrôle comme disposition a cédé la place à d'autres notions (auto-efficacité, résilience)[1]. Quant au contrôle perçu, présenté au chapitre 6, c'est un processus transactionnel consistant à croire que l'on contrôle une situation précise à un moment donné ; il atténue en général l'impact des situations aversives sur les issues de santé.

3. L'endurance (*hardiness*)

Almedom (2006) a passé en revue les caractéristiques de personnalité qui protègent les individus face à des situations stressantes ou traumatisantes. Ces notions ont fait l'objet d'un grand nombre de publications dans la littérature psychologique et médicale des quarante dernières années : *hardiness* (endurance) de Kobasa et Maddi, *croissance post-traumatique* de Tedeschi et Calhoun (1996), *recovery* (guérison) de Harvey (1996), *auto-efficacité* de Bandura (1977) et *Sense of Coherence* (SOC) d'Antonovsky (1987). La plupart d'entre elles impliquent un contrôle perçu vis-à-vis des événements de la vie, mais s'en distinguent cependant par les conduites qu'elles désignent et les théories qui les inspirent. Elles doivent leur succès à leur lien supposé avec le bien-être et la santé, d'une part, et avec la détresse et les problèmes somatiques, d'autre part.

3.1 Définition de l'endurance

La notion d'endurance fut découverte à la suite de problèmes économiques et de licenciements massifs dans une compagnie américaine de téléphone (IBT) en 1981. Pendant les six années qui ont suivi, deux tiers des cadres et dirigeants de cette société ont présenté certains problèmes : absentéisme, violence, divorces, crises cardiaques, cancers, troubles mentaux et suicides. Le tiers restant est resté en bonne santé et s'est même révélé particulièrement entreprenant et créatif.

Suzanne Kobasa et Salvatore Maddi ont découvert que ce dernier groupe se distinguait du premier par trois caractéristiques : le contrôle (*control*) : croire que l'on peut influencer ce qui nous arrive ; l'implication (*commitment*) : s'engager avec plaisir dans des activités ; le défi (*challenge*) : considérer les changements comme des opportunités pour

1. Des croyances de contrôle restent sous-jacentes dans les notions ayant succédé au LOC.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

progresser et non comme des menaces. Ils ont dénommé *hardiness* (*endurance*) le regroupement de ces « trois C »[1]. Les croyances et les comportements (approche, engagement) associés à l'endurance protégeraient les individus contre les effets nocifs des situations stressantes (Kobasa, 1979 ; 1982 ; Kobasa *et al.*, 1985 ; Maddi et Kobasa, 1984 ; Maddi, 1987 ; 2002 ; 2006).

3.2 Endurance et santé

Depuis les années 1980, un certain nombre d'études ont montré les effets bénéfiques de l'endurance. L'endurance affecterait la santé directement (elle atténuerait les effets du stress sur la santé et les performances) et indirectement (ses effets transiteraient par des stratégies d'ajustement actives). Diverses études furent menées sur des cadres masculins, des enseignants, des responsables d'université, des sportifs, des étudiants et des infirmières. Cette notion et les outils qui la mesurent ont donné lieu à des applications chez des sportifs de haut niveau (Golby et Sheard, 2003) et des militaires (Bartone *et al.*, 2008). Dans des situations extrêmement stressantes, les sujets endurants trouvent les ressources nécessaires pour faire face.

Klag et Bradley (2010), étudiant chez des responsables d'université les effets de l'endurance sur la santé, n'observent pas d'effet direct de l'endurance sur la santé émotionnelle une fois l'affectivité négative contrôlée. Quant à son effet modérateur, Cohen et Edwards (1989) constataient déjà qu'il était modeste et instable. Il ne sera observé dans les études ultérieures que chez les sujets masculins. Enfin, les effets de l'endurance sur l'état de santé ne sont pas médiatisés par les stratégies d'ajustement déployées par les individus. En résumé, les effets de l'endurance tels que prédits par le modèle ne semblent pas confirmés, ce qui invite à les reconsidérer (Beasley *et al.* 2003 ; Klag et Bradley, 2004).

3.3 Les mesures de l'endurance

Plusieurs échelles se sont proposées d'évaluer l'endurance, la CHS (*Cognitive Hardiness Scale*) de Nowack (1990), la PVS (*Personal Views Survey*) de Maddi (1990), la DRS (*Dispositional Resilience Scale*) de Bartone (1991), ainsi que des versions destinées à des groupes particuliers. Avec

1. Certains auteurs francophones ont traduit *hardiness* par « hardiesse », d'autres par « robustesse ».

les versions longues (quarante-cinq items ou plus), des coefficients de consistance interne de l'ordre de .70 ont été observés pour les sous-échelles ainsi qu'une fidélité test-retest d'environ .60 pour un intervalle de quelques semaines (Duquette *et al.*, 1997). Les analyses factorielles menées sur les échelles d'endurance n'ont pas toujours confirmé la structure attendue (trois facettes). Plusieurs critiques ainsi que des améliorations possibles de ces échelles ont été proposées par Funk (1992) et Kaddour (2003).

Maddi et Khoshaba (2001) et Maddi (2006) ont construit et validé une version révisée de la PVS en dix-huit items (PVS III-R), évaluant trois facteurs de 1er ordre et un facteur d'endurance de 2e ordre. D'après Maddi *et al.* (2005), ils auraient une consistance interne acceptable (implication : .75 ; contrôle : .84 ; défi : .71 ; endurance totale : .88)[1]. D'autres auteurs, considérant la non-indépendance des trois facettes de l'endurance ont préféré la mesurer directement. Une version courte de la PVS à huit items de Cole *et al.* (2004) administrée à 348 étudiants en est un exemple : elle mesure un facteur général d'endurance, a une fidélité test-retest de .71 (intervalle de 2 mois) et un coefficient d'homogénéité de .86.

3.4 Intérêt de l'endurance ?

L'endurance, issue d'une approche philosophique, est proche de notions issues de champs théoriques différents (contrôle, auto-efficacité, sens de la cohérence). Elle a suscité des réserves relatives à la qualité insuffisante de ses outils de mesure et à son statut ambigu. Elle est considérée parfois comme un processus transactionnel interagissant avec les situations stressantes et modérant leur impact, mais les résultats obtenus sont instables. Elle pourrait être un trait de personnalité car elle a des relations négatives stables et marquées (environ – .50) avec le névrosisme par exemple (Cox et Ferguson, 1991 ; Sinclair et Tetrick, 2000)[2]. Bien que la définition de cette notion ait été clarifiée et ses mesures améliorées (Maddi, 2002), l'endurance est éclipsée aujourd'hui par des notions salutogènes comme le sens de la cohérence, la résilience ou l'auto-efficacité.

1. Plusieurs versions de la PVS en quinze items ont des qualités métrologiques satisfaisantes (Bartone, 2007 ; Natvik *et al.*, 2012).

2. Sa facette contrôle est très fortement associée au lieu de contrôle (Kravetz, Drory et Florian, 1993).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4. Le sens de la cohérence (SOC) d'Antonovsky

Antonovsky (1979, 1987) sociologue de la santé, au lieu de se demander quels sont les facteurs de vulnérabilité, rechercha au contraire ce qui permet aux individus de trouver des solutions efficaces et de se maintenir en bonne santé (salutogenèse) même dans des conditions de vie très éprouvantes. Il analysa les récits de femmes ayant survécu aux camps de concentration et tenta de comprendre comment elles avaient pu s'adapter à un contexte aussi extrême. Il appela *Sense of coherence* (SOC) l'ensemble des facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels permettant, malgré l'adversité, de gérer les tensions, de rechercher des solutions, d'identifier et de mobiliser diverses ressources et d'adopter des stratégies d'ajustement permettant de résoudre les problèmes et de rester en bonne santé[1].

4.1 Le SOC et la salutogenèse

Le SOC est considéré au départ par son auteur comme un concept unidimensionnel, bien que comprenant plusieurs composantes. L'individu « cohérent » perçoit les événements comme *compréhensibles* (structurés, prévisibles, explicables, clairs), *maîtrisables* (il pense disposer des ressources nécessaires pour les gérer) et *significatifs* (l'individu cohérent possédant un système de valeurs leur donnera du sens).

Le SOC est une orientation globale de la personnalité, fondée sur un sentiment durable de confiance en soi, qui permet de comprendre et de structurer les événements, puis de mobiliser les ressources appropriées pour faire face. C'est une attitude existentielle, un véritable style motivationnel (Antonovsky, 1990). Le SOC se développerait pendant l'enfance et l'adolescence pour se stabiliser vers l'âge de 30 ans. Il est renforcé si nos expériences sont cohérentes (règles de vie stables et compréhensibles), nous mobilisent (nous incitent à participer) et si elles nous permettent de trouver des solutions efficaces aux problèmes (Antonovsky, 1991). C'est une disposition, se situant en amont des diverses évaluations (ressources perçues), des stratégies d'ajustement élaborées, ainsi que des issues de santé.

1. Le SOC consiste à croire qu'une situation stressante est prévisible, explicable et structurée, qu'elle est un défi méritant que l'on s'implique, et que les ressources nécessaires pour faire face sont disponibles (Antonovsky, 1987).

Le SOC un concept proche de notions comme le LOC de Rotter, l'endurance de Kobasa, la résilience de Rutter et l'auto-efficacité de Bandura. Leur point commun est la maîtrise perçue des événements (contrôle). S'il inclut des processus proches de ceux de l'attribution causale (s'interroger sur la nature, la structure, la cause des événements), l'originalité du SOC est de comprendre aussi des processus cognitifs et comportementaux dynamiques comme la recherche de sens (tenter de comprendre et d'interpréter les événements, les situer par rapport à son système de valeurs) et l'implication (se sentir concerné).

4.2 La mesure du SOC

Pour évaluer le SOC, Antonovsky (1987) créa deux échelles de sens de la cohérence, une version longue, la SOCS-29 et une version courte, la SOCS-13, dont les items illustrent les trois composantes (compréhension, maîtrise et signification)[1]. Le SOC serait une orientation durable de la personnalité consistant à utiliser ses ressources pour maintenir et développer son intégrité et à considérer que la vie a un sens. Cette attitude permettrait de surmonter les difficultés et induirait qualité de vie et bien-être. Les échelles SOCS ont été administrées à des populations en bonne santé (de l'enfance à l'âge adulte), à des groupes de patients et à des groupes professionnels dans des contextes variés (services médicaux, travail social, milieu professionnel, famille, situations d'apprentissage).

Eriksson et Linström (2005) ont fait la synthèse d'un peu plus de quatre cents études menées sur la validité et la fidélité du SOCS de 1992 à 2003. La SOCS-13 a été utilisée dans trente-deux pays, traduite en trente-trois langues et il en existe quinze versions (voir tableau 4.4). L'homogénéité des échelles est satisfaisante (SOCS-29 : α de .70 à .95 ; SOCS-13 : de .70 à .92). La fidélité test-retest de la SOCS-13, de .69 à .78 pour un délai d'un an, est de .54 pour un délai de dix ans. Les scores de SOC sont stables tout en tendant à augmenter légèrement avec l'âge chez les adultes. L'outil est applicable dans beaucoup de pays et de cultures différentes[2].

1. Leur autre nom, *Life Orientation Questionnaire*, souligne qu'il s'agit d'une orientation envers la vie.

2. La corrélation entre les scores totaux de SOC dans les deux versions est de .70 (Larson et Kallenberg, 1999).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 4.4 – *Version à 13 items de la SOCS, échelle de Sens de la Cohérence d'Antonovsky (1987), d'après la validation de Larson et Kallenberg (1999) et la synthèse de Eriksson et Linström (2005)*

Pour les items 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12 et 13, les réponses proposées sont :
1 : très souvent ; 2 : souvent ; 3 : de temps en temps ; 4 : neutre ; 5 : assez rarement ; 6 : rarement ; 7 : très rarement.
Pour les items 4, 7 et 11, des réponses spécifiques sont proposées au choix :
– Item 4 : de 1, pas très clairs, pas très définis, à 7, très clairs, très définis ;
– Item 7 : de 1, de déplaisir et d'ennui, à 7, de grand plaisir et de satisfaction ;
– Item 11 : de 1, à surestimer ou sous-estimer son importance, à 7, à évaluer son importance correctement.

1. Avez-vous le sentiment que ce qui se passe autour de vous ne vous concerne pas ?
2. Vous arrive-t-il d'être surpris par le comportement de personnes que vous pensiez pourtant bien connaître ?
3. Est-il déjà arrivé que des gens sur lesquels vous comptiez vous aient déçu(e) ?
4. Jusqu'ici, votre vie a été orientée vers des objectifs ou des buts… ?
5. Avez-vous le sentiment d'être traité(e) de façon injuste ?
6. Avez-vous le sentiment d'être dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir quoi faire ?
7. Faire ce que vous faites chaque jour est-il une source de… ?
8. Cela vous arrive-t-il d'avoir des sentiments et des idées assez confus et embrouillés ?
9. Vous arrive-t-il d'éprouver des sentiments que vous préféreriez ne pas ressentir ?
10. Même des personnes ayant du caractère se sentent parfois impuissantes dans certaines situations. Avez-vous déjà ressenti cela ?
11. Quand quelque chose vous arrive, vous avez tendance à… ?
12. Vous arrive-t-il de penser que les choses que vous faites quotidiennement n'ont pas beaucoup de sens, pas beaucoup d'intérêt ?
13. Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments que vous n'êtes pas sûr(e) de pouvoir contrôler ?

Score total de SOC : additionner les réponses aux 13 items (1 est le degré le plus faible de SOC, 7 le plus élevé).
Score de Compréhension : additionner les scores obtenus aux items 2, 6, 8, 9 et 11.
Score de Maîtrise : additionner les scores obtenus aux items 3, 5, 10 et 13.
Score de Signification : additionner les scores obtenus aux items 1, 4, 7 et 12.
La consistance interne de la SOCS-13 varie de .70 à .92 d'après la synthèse de Eriksson *et al.* (2005) réalisée sur 127 études menées de 1992 à 2003.
Normes : dans l'étude de Larsson *et al.* (1999) qui a concerné 3 807 adultes suédois représentatifs de la population générale (a.m. 44,8 ans), la moyenne et l'écart-type pour la SOCS-13 sont : M = 64,9 et S.D. = 10,8.

Les premières analyses factorielles des réponses à la SOCS-13 de divers échantillons n'ont pas donné les dimensions escomptées (Antonovsky, 1993). Les réponses à la SOCS-13 de 3 807 adultes suédois ont été soumises à des AFE et à des AFC par Larsson et Kallenberg (1999) aboutis-

sant à un facteur général et à deux facteurs résiduels[1]. Dans une étude finlandaise, la SOCS-13 a été administrée à 18 525 adultes deux fois (à 5 ans d'intervalle). Des AFC effectuées sur les réponses de deux groupes (moins de 30 ans/plus de 30 ans) et aux deux moments montrent toutes qu'un modèle incluant trois facteurs de premier ordre obliques et un facteur de second ordre est celui qui s'ajuste le mieux aux données (Feldt *et al.*, 2007). C'est l'une des très rares études supportant le modèle d'Antonovsky.

D'après la synthèse d'Eriksson *et al.* (2005, p. 462) déjà citée, une douzaine d'études ont fait l'analyse des items des échelles SOC-13 et SOC-29. Leur structure factorielle s'est avérée instable d'une étude à l'autre. Environ la moitié des analyses effectuées aboutissent à une solution unifactorielle compatible avec la conception d'Antonovsky, les autres aboutissant à plusieurs facteurs (de deux à cinq dimensions) n'ayant pas grand-chose à voir avec les trois composantes de son modèle. Si quelques analyses des SOCS ont donné des résultats en accord avec le modèle de l'auteur, il faut bien reconnaître qu'en dépit de nombreuses tentatives, la structure factorielle des échelles de SOCS reste incertaine.

4.3 SOC et qualité de vie

Dans une synthèse de la littérature consacrée au SOC, Eriksson *et al.* (2006) rapportent les études réalisées de 1992 à 2003 sur la validité de critère des échelles de SOC. Une relation significative est observée entre le SOC et d'autres dimensions de la personnalité, ainsi qu'entre SOC et divers indicateurs de santé mentale. Ces relations sont stables quels que soient l'âge, l'ethnie, la nationalité des individus et le protocole (transversal ou longitudinal). Comme pour d'autres traits de personnalité salutogènes, on peut se demander s'il n'y a pas redondance entre mesures ; le chevauchement entre SOC et affectivité négative par exemple est très important (Kravetz, Drory et Florian, 1993 et *infra*, § 4.6).

Dans une autre synthèse, Eriksson et Lindström (2007) rapportent les résultats d'une trentaine de publications relatives aux relations entre SOC et qualité de vie. Les auteurs choisissent les études utilisant uniquement comme prédicteur les échelles SOCS et des échelles génériques ou spécifiques de qualité de vie comme critère. La corrélation entre SOC

1. Les facteurs résiduels sont « compréhension sociale et engagement » et « émotions négatives et tension », ce dernier étant très proche de l'affectivité négative et du névrosisme.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et qualité de vie varie de .17 à .77 selon les études. Le SOC a des effets directs et indirects sur la qualité de vie de divers groupes, dont celle de patients atteints de pathologies physiques ou psychiatriques[1]. Les études longitudinales confirment les effets bénéfiques du SOC sur la qualité de vie (effets directs et indirects). Les auteurs de cette revue considèrent le SOC comme une orientation permettant aux individus de vivre mieux, une ressource essentielle pour la santé[2].

4.4 SOC, santé physique et mortalité

Surtee, Wainwright, Luben, Khaw et Day (2003, 2006) présentent les résultats d'une étude prospective (EIPC-Norfolk Study), menée au Royaume-Uni pendant six ans (1996-2002) sur 20 323 participants âgés de 41 à 80 ans (a. m : 60,8 ans), dont 994 décédèrent au cours du suivi. Les sujets avaient répondu à plusieurs échelles à l'inclusion, dont une de contrôle et une de SOC (la SOCS-3 de Lundberg, 1997). C'est finalement le contrôle et non le SOC qui s'avère associé à une réduction du risque de mortalité (toutes causes confondues, par cancer, par maladie cardio-vasculaire), même après ajustement sur l'âge, le genre, la personnalité (hostilité, névrosisme) et l'état fonctionnel de départ[3].

Flensborg-Madsen, Ventegodt et Merrick (2005a) ont fait la synthèse qualitative de cinquante études concernant la relation entre le SOC et différents aspects de la santé. Les échelles SOCS s'avèrent associées à la santé auto-évaluée (corrélations de .18 à .51), mais non à la santé estimée par autrui, par des critères objectifs ou des mesures biologiques. Dans une autre synthèse, le SOC est surtout associé (négativement) à des plaintes somatiques et beaucoup plus rarement à des évaluations externes de la santé (Eriksson *et al.*, 2006). Une relation forte entre SOC et santé physique, telle qu'annoncée par Antonovsky, n'est donc pas observée.

Flensborg-Madsen, Ventegodt et Merrick (2005b) confrontent le modèle d'Antonovsky et le contenu des items des SOCS-29 et SOCS-13. Selon eux, si la théorie d'Antonovsky est solide et heuristique, les outils de mesure sont inappropriés. Ils démontrent que huit items sur les

1. Dans les familles où un membre a une maladie sévère, le « SOC familial » prédit la QdV de tous (Hoehn, 1998).

2. Selon la charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé aide les individus à contrôler et à améliorer leur santé, à avoir une vie active et productive et à atteindre un état de complet bien-être physique, mental et social (QdV).

3. Ces résultats sont à considérer avec prudence, l'échelle de SOC utilisée n'étant pas homogène (α = +.35).

vingt-neuf de la version longue et quatre items sur les treize de la version courte ne sont pas une opérationnalisation correcte du modèle salutogénique, d'où leur validité prédictive insuffisante vis-à-vis de la santé physique ultérieure. Les mêmes auteurs proposeront en 2006 de réviser les échelles originelles (échelle SOC II), en remplaçant les items incriminés par des items plus conformes à la théorie. Il faudra donc attendre quelque temps encore pour savoir si les relations entre SOC et santé physique s'en trouvent améliorées.

4.5 Les effets du SOC

Le SOC jouerait un rôle tampon dans les situations stressantes. Dans un échantillon de cent quatre-vingt-six Singapouriens, Bishop (1993) avait montré que les tracas quotidiens n'affectaient la santé que chez les individus « incohérents » (ayant un SOC faible). Eriksson *et al.* (2006) citent deux études montrant que le SOC modère les effets du stress sur la santé : plus le SOC de sujets placés dans un contexte stressant est élevé, plus la détresse induite par la situation est faible. D'après le modèle salutogénique, le SOC est un ensemble de ressources facilitant l'élaboration de réponses permettant de surmonter les situations difficiles.

C'est bien ce que montrent six études rapportées par Cohen, Ben-Zur et Rosenfeld (2008). Face à l'adversité, les sujets ayant un score SOC élevé puisent davantage dans leurs ressources pour faire face que ceux ayant un score bas, ils utilisent plus de stratégies d'ajustement actives et moins de stratégies émotionnelles ou évitantes. Les individus « cohérents », confrontés à des événements stressants, présentent ensuite moins de détresse que les individus « incohérents ». Les étudiants ayant des scores SOC élevés sont moins anxieux que les autres face aux examens. C'est parce que le SOC incite à élaborer des stratégies actives, généralement plus efficaces pour réduire le stress, qu'il est associé à plus de bien-être.

4.6 Quelques problèmes relatifs au SOC

Dans les recherches rapportées ci-dessus, le SOC apparaît comme associé au bien-être, à la qualité de vie émotionnelle et à la santé auto-évaluée. La plupart des études étant transversales, on ne sait pas si le SOC est un déterminant ou une conséquence du bien-être. De plus, toutes ces dimensions étant auto-évaluées, elles peuvent être affectées par des ten-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

dances de réponse communes. Les quelques études prospectives disponibles (dont une d'Antonovsky, 1990) montrent que les corrélations entre SOC et santé ultérieure sont de l'ordre de .20 à .40. Le plus souvent, l'issue de santé étant auto-évaluée, les incertitudes relatives au rôle du SOC demeurent.

Des corrélations fortes entre SOC et anxiété-trait (– .50 à – .69) et entre SOC et dépression (– .53 à – .80) sont signalées dans la synthèse de Geyer (1997). Le SOC s'avère associé fortement à l'affectivité négative (– .53), au névrosisme (– .51) et à l'affectivité positive (.53) dans une étude menée sur plusieurs échantillons par Strumpfer *et al.* (1998). On constate que le SOC est fortement et négativement lié à certains facteurs de vulnérabilité (anxiété, dépression, affectivité négative) dont il serait le pôle opposé. Bien qu'Antonovsky affirme avoir créé un concept « tout à fait nouveau », seule une partie de sa variance est indépendante de l'affectivité négative et de l'affectivité positive[1].

On note plusieurs faiblesses récurrentes dans les résultats relatifs à la validité de construit et de critère du SOC. Si un facteur général émerge parfois des analyses, ses trois composantes supposées ne sont pratiquement jamais retrouvées. L'opérationnalisation du modèle d'Antonovsky semble problématique. Un autre résultat préoccupant concerne la validité de critère du SOC. D'après la plupart des études consultées, le SOC est associé à des mesures de bien-être et de qualité de vie, à une moindre anxiété et à de meilleures performances dans des situations stressantes, ainsi qu'à une bonne santé auto-évaluée. Pourtant, ses relations avec des indicateurs objectifs de santé sont inconsistantes.

L'idée selon laquelle une certaine orientation existentielle est à l'origine d'un sentiment de maîtrise, permet de faire face activement aux difficultés de la vie et de rebondir, est extrêmement intéressante. Le concept de SOC, original, issu d'une approche humaniste et optimiste des processus d'adaptation, a fasciné un certain nombre de chercheurs. Des incertitudes nombreuses subsistent cependant en ce qui concerne sa spécificité, son rôle exact entre stress et santé et la correspondance entre sa définition théorique et ses mesures. Il restera en outre à établir l'influence causale éventuelle du SOC sur l'état de santé « objectif » des individus. Le SOC pourra alors prendre sa place à côté des autres facteurs de protection.

1. Le facteur général de SOC contient une part de variance spécifique (40 % à 50 % selon Strumpfer *et al.*, 1998)

5. La résilience de Rutter[1]

5.1 Les origines

Depuis longtemps, on s'intéresse à l'impact des expériences pathogènes vécues pendant la petite enfance (Bowlby, 1971, par exemple). Les facteurs considérés comme les plus nocifs pour un enfant sont : une famille ayant un statut socio-économique précaire, un problème grave de santé de l'enfant ou de l'un de ses proches et des menaces vitales (catastrophe naturelle, guerre, etc.). De plus, il a observé que des carences affectives graves, l'isolement et la maltraitance avaient des conséquences parfois dramatiques sur le développement intellectuel et émotionnel des enfants (voir *supra*, chap. 2, § 7.3). Depuis les années 1970-1980, l'intérêt s'est déplacé de la pathologie à la santé et des facteurs de vulnérabilité aux facteurs protecteurs, dont font partie certaines caractéristiques des individus eux-mêmes.

Plusieurs auteurs se sont demandé comment certains enfants avaient pu s'adapter à des conditions de vie très difficiles et vivre ensuite de façon satisfaisante. Maya Pines (1979) avait observé que certains enfants avaient survécu à des événements traumatisants et s'étaient développés aussi bien et parfois mieux que des enfants ayant vécu dans un contexte favorable, c'est-à-dire sans aucune séquelle, ni physique, ni mentale (*cf.* encadré 4.1). La résilience est la propriété physique de certains corps solides pouvant résister sans se rompre à des chocs et charges extrêmes. La résilience psychologique s'inspire des observations menées par la psychologue Emmy Werner sur une cohorte d'environ huit cents enfants des rues, sans famille, dans l'île de Kauai (Hawaï), dont elle suivit une partie pendant près de quarante ans (Werner, 1992)[2].

1. Boris Cyrulnik a publié une dizaine d'ouvrages contribuant à la popularité de cette notion. La résilience est proche de l'endurance de Kobasa (1979) et du sens de la cohérence d'Antonovsky (1987).

2. Elle rapportera que 28 % de ces enfants ont appris à lire et à écrire, acquis un métier et fondé une famille. On parlera à leur propos d'enfants *invulnérables* (Anthony, 1987), puis d'enfants *résilients* (Rutter, 1985).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Encadré 4.1

Un cas de résilience (Maya Pines, 1979)

Dans les bidonvilles de Minneapolis, un garçon de 10 ans vivait dans un logement misérable avec un père, ex-détenu atteint d'un cancer en phase terminale, une mère illettrée et sept frères et sœurs dont deux arriérés mentaux. Ses enseignants le décrivent pourtant comme un enfant particulièrement compétent, réussissant bien dans ses études et aimé de tous dans l'école (Pines, « Superkids », *Psychology Today*, 1979, 13, 53-63).

Un pédopsychiatre britannique, Michael Rutter, étudia les facteurs protégeant les enfants ayant subi des carences sévères et décrivit quelques facteurs individuels et contextuels de résilience psychologique (Rutter, 1985, 1994). Pour lui, l'individu résilient : donne une signification aux événements en fonction d'un système de valeurs personnelles ; a fait face efficacement aux difficultés, ce lui a permis de se renforcer ; ses expériences se sont étayées sur un lien affectif positif avec une autre personne qui a apporté régulation et soutien. Selon Rutter (1985, p. 608), ces facteurs agissent conjointement mais ne pas tous indispensables à la résilience.

Ce point de vue *salutogène* était assez nouveau à l'époque en pédopsychiatrie. Werner (1995) soulignera que les facteurs essentiels ayant protégé les enfants qu'elle avait observés étaient un concept de soi positif, des liens privilégiés avec au moins une personne émotionnellement stable et des liens avec la communauté ou avec les pairs. Les études menées ensuite sur des enfants résilients y ajouteront les capacités cognitives de l'enfant et confirmeront l'importance d'une relation stable et gratifiante avec un adulte (Luthar, Sawyer et Brown, 2006).

5.2 Définitions

La résilience inclut une exposition à l'adversité et un ajustement réussi à cette épreuve se traduisant par des issues favorables (Luthar et Cichetti, 2000). Elle consiste à affronter des situations très éprouvantes et à « en réchapper indemne et même un peu plus fort qu'avant » (Tugade, 2011). Nous proposons la définition suivante, fondée sur la synthèse de deux cent soixante-dix articles : *« La résilience est un ensemble de processus consistant à gérer, négocier et s'adapter à des situations stressantes ou traumatisantes. Les atouts et les ressources de l'individu et de son environnement facilitent cette capacité à s'ajuster face à l'adversité et à rebondir ; la résilience peut varier au cours de la vie »* (Windle, 2010).

Les premiers travaux sur la résilience, menés sur des enfants exposés à la misère, à la maltraitance et ayant des parents malades ou alcooliques, tentaient de comprendre comment ces enfants avaient pu se développer normalement et s'épanouir à l'âge adulte (Luthar *et al.*, 2006 ; Masten, 2001). On étudia la résilience à d'autres âges et dans d'autres situations : deuil (Bonanno *et al.*, 2002), traumatisme (Connor, 2006 ; Young, 2005), maladie sévère (Hou, Law, Yin et Fu, 2010), vieillissement (Ong, Bergeman, Bisconti, Wallace, 2006), ainsi que le fait d'être un « aidant familial » (Fraser et Pakenham, 2009 ; Kupferschmidt, 2009).

La résilience serait un ensemble de ressources personnelles (confiance en soi, contrôle perçu, autonomie, maturité, flexibilité) et/ou contextuelles (liens sociaux privilégiés, valeurs acquises, responsabilités assumées). Certains auteurs considèrent la résilience comme un processus d'ajustement (Dishion et Connell, 2006 ; Luthar *et al.*, 2006) : élaborer des réponses positives (humour, sourires) face à l'adversité réduirait significativement son impact stressant (Conway, Tugade, Catalino et Frederickson, 2011). La résilience est parfois définie comme l'ensemble des facteurs protégeant contre ce qui est nocif et facilitant le développement du bien-être et de la santé (Rutter, 2008 ; Ungar, 2008 ; Zautra, Hall et Murray, 2010)[1].

5.3 Les mesures

La définition de la résilience par Windle (2010) inclut à la fois des ressources sociales (soutien reçu), des dispositions individuelles (personnalité), des processus transactionnels (capacité à évaluer la situation comme maîtrisable, à s'y ajuster, à solliciter et recevoir du soutien) et certaines issues. Les échelles existantes évaluent surtout les ressources antérieures et actuelles des individus et il n'existe pas pour l'instant d'instrument évaluant l'ensemble des mécanismes permettant l'ajustement réussi à l'adversité. Les outils disponibles ne correspondent qu'à une définition partielle du concept de résilience et ne conviennent pas à toutes les populations[2].

D'après la revue méthodologique de Windle, Bennett et Noyes (2011), il existerait dix-neuf échelles de résilience publiées en langue anglaise (dont quatre sont des améliorations de versions originales). L'auteur évalue ces outils selon leurs qualités psychométriques et théoriques. Les meilleurs sont pour lui la *Resilience Scale* à trente-sept items (RS)

1. Ce domaine est en plein essor, c'est sans doute pourquoi les définitions de la résilience sont aussi hétérogènes.

2. Les échelles de résilience ne sont pas applicables aux différents âges de la vie sauf la RS (Ahern *et al.*, 2006).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de Wagnild (2009), la *Brief Resilience Scale* (BRS) de Smith *et al*. (2008) et la *Connor-Davidson Resilience Scale* à vingt-cinq items (CD-RISC) de Connor et Davidson (2003) (voir tableau 4.5). Elles sont loin d'avoir la même sensibilité, la proportion de sujets résilients dans la population générale variant selon les mesures de 25 % à 84 %.

Certaines échelles, comme la RS, évaluent surtout les ressources qui sont en amont (personnalité, capacités d'ajustement), vues comme des antécédents de la résilience[1]. D'autres comme la BRS considèrent la résilience comme une issue, fait de pouvoir surmonter les difficultés (par exemple : « je traverse en général des périodes difficiles sans dommage »). Cette conception est proche de celle qui consiste à réduire la résilience à l'absence de pathologie dans des groupes à risque (Davydov, Stewart, Ritchie et Chaudieu, 2010). Quant à la CD-RISC, elle est centrée sur les processus d'ajustement ayant protégé l'individu des effets nocifs de certaines situations aversives (par exemple : « s'adapter au changement », « gérer les émotions désagréables »)[2]. On l'utilise en particulier pour évaluer les effets de traitements censés améliorer ces processus.

Tableau 4.5 – *La BRS (Brief Resilience Scale) de Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher et Bernard (2008).*

1. J'ai tendance à rebondir très vite après des périodes difficiles.
2. J'en bave quand je dois traverser des événements stressants (-).
3. Je ne mets pas longtemps à récupérer après un événement stressant.
4. Il m'est difficile de me remettre quand quelque chose de grave m'arrive (-).
5. En général je me sors d'une période difficile sans aucun problème.
6. Je mets beaucoup de temps à surmonter les (revers) déceptions de la vie (-).

Les items suivis de (-) sont à coter en sens inverse.

5.4 Les interventions

Rutter (1994) poursuivait déjà des objectifs thérapeutiques visant à accroître la résilience de certains groupes ; des interventions ont commencé dans les années 1990 à se développer en milieu scolaire (Fortin et Bigras, 2000) et de telles interventions se multiplient depuis environ dix ans. On tente par exemple d'améliorer la résilience des familles en inter-

1. La résilience correspond à un profil particulier de facteurs du FFM : scores d'Agréabilité et Conscience élevés, scores de Névrosisme faibles (Carr, 2005, p. 188).

2. Le développement post-traumatique, « changement psychologique positif résultant de la confrontation avec un événement de vie défiant les ressources de l'individu » (Tedeschi et Calhoun, 2004), est une notion proche.

venant sur certains aspects de leur fonctionnement : auto-évaluation positive, flexibilité, communication, loisirs en commun, rituels, soutien réciproque (Black et Lobo, 2008). Des préparations existent en cours de formation pour les personnels infirmiers (Mc Allister et McKinnon, 2009). Divers programmes éducatifs comme le *Bounce Back* en Australie ou le *Penn Resiliency Programme* aux États-Unis sont destinés à améliorer le bien-être des élèves (Boniwell, 2011). Il existe également des interventions visant à améliorer la résilience dans les entreprises ; on en trouvera des exemples dans Shatté et Becker (2011).

5.5 L'avenir de la notion de résilience

Le champ de la résilience a crû de façon exponentielle ces dernières années, cependant les résultats sont dispersés et on manque de synthèses et tentatives d'intégration (Luthar *et al.*, 2006). Il reste beaucoup à faire pour identifier les caractéristiques contribuant au bien-être des individus exposés à divers facteurs de risque, facteurs qui ont le plus souvent été décrits séparément par domaine (psychologique, social, environnemental, biomédical, etc.), alors qu'ils agissent ensemble et ont des relations complexes. Des auteurs comme Davydov *et al.* (2010) souhaitent que l'on construise des modèles théoriques réfutables intégrant ce que l'on sait des facteurs de résilience et des mécanismes permettant de surmonter de façon optimale les difficultés de la vie, ceci en vue d'applications auprès des populations vulnérables.

6. L'auto-efficacité de Bandura

6.1 La notion d'auto-efficacité et les modèles socio-cognitifs

Les théories prédominantes dans le domaine des comportements de santé incluent les notions de contrôle personnel et le sentiment d'efficacité (ou auto-efficacité). L'auto-efficacité (A-E) est la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser la plupart des situations et y réussir[1]. Selon la théorie socio-cognitive de

1. Les travaux de Bandura (1977, 1988, 1997) sont en continuité avec la théorie de l'apprentissage social de Rotter. Les individus évaluent leur efficacité sur la base de leurs expériences antérieures de succès et d'échecs.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Bandura (1997), l'A-E implique un contrôle perçu sur l'environnement et sur ses propres comportements, le fait de se fixer des buts élevés et de penser pouvoir les atteindre.

L'A-E dépendrait de facteurs personnels et contextuels : expérience antérieure de réussite dans des activités valorisées ; encouragements de la part de personnes significatives renforçant le sentiment de maîtrise dans ces activités ; observation et imitation de personnes ayant réussi ; états affectifs et physiologiques positifs ou négatifs associés à l'activité (Bandura, 1997). Les personnes dépressives ont la plupart du temps une A-E faible : des échecs antérieurs ou le fait d'avoir été dévalorisé par l'entourage ont pu induire cette impuissance perçue (Rascle *et al.*, 2009, p. 116). Certaines thérapies menées avec des sujets dépressifs ont précisément pour objectif de renforcer leurs sentiments d'efficacité personnelle.

Plusieurs théories socio-cognitives ont tenté d'expliquer pourquoi les individus adoptent ou non des comportements de santé : théorie de l'action raisonnée puis théorie du comportement planifié de Ajzen (1991), modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente (2005), modèle HAPA (*Health Action Process Approach*) de Schwarzer (1992, 2001). Ces modèles seront décrits ultérieurement (chap. 5, § 4). Les croyances et les normes relatives aux comportements de santé, les intentions de les adopter et les issues de santé prévisibles jouent un rôle important dans ces modèles. Le fait de croire que l'on maîtrise ce qui nous arrive, notre santé par exemple, et que l'on est capable d'adopter de nouveaux comportements (auto-efficacité perçue) est central dans ces modèles.

Dans son modèle HAPA, Schwarzer (1992) distingue une étape motivationnelle pré-intentionnelle (processus débouchant sur une intention) et une étape post-intentionnelle (processus aboutissant à des actions effectives). L'auto-efficacité permettrait de transformer les intentions en actions (Luszczynska et Schwarzer, 2003 ; Sutton, 2005). Plusieurs croyances sont nécessaires pour induire l'intention de changer de comportements, comme la perception des risques (par exemple : « Fumer augmente mon risque de cancer ») ou l'attente de résultats (par exemple : « Si j'arrête de fumer, j'aurai moins de risques de cancer »). Cependant, on peut être tout à fait conscient des risques associés à certains comportements nocifs et se sentir incapable d'y renoncer, ce qui ruine toute tentative de sevrage. Quant à l'auto-efficacité perçue (par exemple : « Je peux m'arrêter de fumer quand je veux »), elle est tout à fait nécessaire, mais non toujours suffisante, pour déclencher un changement effectif.

Webb et Sheeran (2006) ont procédé à la méta-analyse de quarante-sept études expérimentales menées pour tester l'effet d'une interven-

tion sur les intentions de changer et sur les changements effectifs de comportement. Elle montre que les interventions induisent en effet des changements d'intention moyens à forts (taille d'effet, $d = 0.66$), ce qui conduit à des changements de comportement faibles à moyens ($d = 0.36$). L'impact des intentions sur les changements effectifs de comportement est plus faible que ce que les études antérieures, simplement corrélationnelles, avaient suggéré.

6.2 Les mesures d'auto-efficacité

6.2.1 Échelles d'auto-efficacité généralisée

L'auto-efficacité généralisée (AEG) est un sentiment de compétence stable qui a trait à des problèmes très variés. Jerusalem et Schwarzer (1992) et Schwarzer et Jerusalem (1995) ont élaboré et validé une échelle en dix items pour l'évaluer (voir tableau 4.6). L'échelle a été traduite dans de nombreuses langues et utilisée dans trente pays. Son coefficient de consistance interne varie de .76 à .90. D'après des AFE puis des AFC, les items mesurent une seule et même dimension générale. L'AEG semble avoir une bonne validité concourante (association négative significative avec l'anxiété, la dépression, le névrosisme, le stress, le *burnout* et les plaintes somatiques).

Tableau 4.6 – *Échelle d'auto-efficacité généralisée de Jerusalem et Schwarzer (1992) et de Schwarzer et Jerusalem (1995) à 10 items, la GSE-10.*

Consignes : Les réponses se font sur une échelle en 4 degrés (pas du tout vrai, un peu vrai, moyennement vrai, tout à fait vrai).
1. J'arrive toujours à résoudre les problèmes difficiles si j'insiste.
2. Si quelqu'un me fait obstacle, je trouve toujours des moyens pour parvenir à ce que je veux*.
3. C'est facile pour moi de persévérer dans mes intentions et d'atteindre mes objectifs*.
4. Je sais que je peux faire face efficacement aux événements imprévus*.
5. Grâce à ma débrouillardise, je peux contrôler les situations inattendues*.
6. J'arrive à trouver une solution à la plupart des problèmes si je fais l'effort nécessaire.
7. Je reste calme quant je suis confronté(e) à des difficultés car je sais que j'ai les capacités pour les résoudre*.
8. Lorsque je suis face à un problème, je trouve habituellement plusieurs solutions.
9. Même si je suis coincé(e), je trouve habituellement ce qu'il faut faire.
10. Quoi qu'il arrive, je sais en général comment m'en sortir*.

Les 6 items marqués d'un * sont ceux de la version courte, la GSE-6 de Rompell et al. (2013).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

6.2.2 Autres échelles d'auto-efficacité[1]

Certaines échelles évaluent le sentiment de compétence de personnes ou de groupes face à des objectifs relativement spécifiques comme l'adoption de comportements plus sains ou l'abandon de comportements à risque. Il existe des échelles d'auto-efficacité concernant les conduites alimentaires, la pratique d'activités physiques, la consommation d'alcool, le sevrage tabagique, le risque de récidive, l'utilisation du préservatif, des comportements préventifs comme l'auto-examen des seins et l'adhésion à un traitement chez des patients diabétiques, séropositifs ou hypertendus. On en trouvera quelques exemples dans Luszczynska et Schwarzer (2005a).

6.3 Auto-efficacité, comportements sains et compétences pour se soigner

L'A-E, seule ou en conjugaison avec d'autres facteurs prédit en général l'adoption effective de comportements sains. L'A-E est associée par exemple à une meilleure adhésion à un régime alimentaire chez des adolescents diabétiques (Gillirand et Stevenson, 2006). Le niveau d'A-E s'élève lorsque les patients progressent dans l'adoption de comportements sains et diminue dans le cas contraire, par exemple lors d'une récidive tabagique après un sevrage (Shiffman *et al.*, 2000). Certaines études montrent que c'est le sentiment d'A-E qui détermine l'arrêt du tabac et non l'inverse (Gwaltney, Shiffman, Balabanis et Paty, 2005). Des interventions visant à augmenter l'A-E chez des sujets âgés se sont avérées bénéfiques pour leur état de santé ultérieur (Grembowski *et al.*, 1993).

Selon Sarkar (2006), les interventions visant à augmenter l'A-E de sujets diabétiques induisent une meilleure gestion de la maladie ; cet effet étant faible, les auteurs souhaitent mener des études ultérieures pour mieux comprendre quels sont les obstacles. Osborn *et al.* (2010) évaluent l'A-E spécifique de trois cent quatre-vingt-trois adultes diabétiques et leurs capacités pour gérer la maladie (surveillance du taux de glucose, modifications du régime, dosage des médicaments). Diverses compétences en calcul et une bonne connaissance de la maladie et des soins augmentent l'A-E, ce qui induit un meilleur contrôle de la glycémie. Les auteurs proposent des interventions visant à la fois à améliorer les compétences spécifiques et l'A-E des patients.

Linde *et al.* (2006) constatent que l'A-E perçue vis-à-vis du contrôle du poids chez des individus obèses n'affecte que faiblement leur perte

1. Bandura (2006) a publié un guide pour construire des échelles d'auto-efficacité spécifiques.

de poids effective à moyen terme : trois cent quarante-neuf sujets en surpoids ont participé à un essai clinique pour perdre du poids ; l'A-E prédit en effet un meilleur contrôle du poids et sa diminution pendant le traitement, mais non pendant le suivi post-traitement. Cette étude montre que l'A-E affecte la perte de poids indirectement, en transitant par des comportements de contrôle du poids. Marks et Allegrante (2005) ont décrit les étapes à suivre pour amener des groupes de patients différents à optimiser leur état fonctionnel, étapes visant l'acquisition d'habilités spécifiques et l'augmentation de l'A-E.

6.4 AE et santé

Il a été observé que l'AEG préopératoire chez des patients devant subir une intervention en chirurgie cardiaque prédisait une récupération post-opératoire plus rapide (Luszczynska, Gutiérrez-Doña et Schwarzer, 2005b). Une méta-analyse de trente-huit études ayant testé les effets d'interventions psychologiques menées pour améliorer la qualité de vie de patients cancéreux montre que celles qui étaient destinées à améliorer spécifiquement leur A-E ont eu des effets bénéfiques sur plusieurs autres issues émotionnelles et somatiques (Graves, 2003).

Dans une étude transversale concernant mille vingt-quatre patients coronariens, Sarkar, Ali et Whooley (2007) évaluent l'état de leur cœur (test d'effort avec échocardiographie), leur qualité de vie, leurs symptômes dépressifs, des variables sociodémographiques et leur A-E[1]. Après contrôle des effets de la sévérité de la maladie et des symptômes dépressifs, l'AE reste associée à une bonne qualité de vie et à une limitation fonctionnelle moindre. Une étude menée par les mêmes auteurs a consisté à suivre mille treize de ces patients pendant 4,3 ans (Sarkar *et al.*, 2009). Au cours du suivi, cent vingt-quatre ont été hospitalisés pour insuffisance cardiaque et deux cent trente-cinq sont décédés. Après contrôle des facteurs de confusion, l'A-E ne prédit plus le risque d'hospitalisation et le décès au cours du suivi, qui ne sont associés finalement qu'à la gravité de la pathologie cardiaque.

6.5 Auto-efficacité et performances

Guerrero (2000) souligne l'intérêt de cette notion en gestion des ressources humaines. Elle rappelle que plus d'une centaine d'études ont observé une corrélation de .28 à .40 entre auto-efficacité et perfor-

1. Cette échelle d'AE, validée, mesure la confiance en ses capacités à conserver un bon fonctionnement cardiaque.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

mance au travail. Dans une méta-analyse des études réalisées sur les relations entre AEG et issues professionnelles positives (satisfaction, performance), Judge et Bono (2001) observent que l'AEG a des relations avec la satisfaction professionnelle (en moyenne : .45) et avec la performance professionnelle (en moyenne : .23).

Moritz, Feltz et Fahrbach (2000) ont réalisé une méta-analyse de quarante-cinq études menées sur les relations entre A-E et performances sportives. La corrélation moyenne entre A-E et performance est de .38, la relation entre A-E et performance variant selon la façon de mesurer l'A-E, le type de performance évaluée et la nature de la tâche. Les auteurs soulignent la nécessité de mieux apparier les échelles d'A-E avec les issues considérées.

Dans une méta-analyse menée sur six cent cinq études publiées avant 2003 sur les relations de l'A-E et de différents autres prédicteurs avec la performance professionnelle, Judge *et al.* (2007) procèdent à des analyses de pistes. Ils constatent que la contribution spécifique de l'A-E à la réussite professionnelle (validité incrémentielle) devient faible si l'on contrôle les facteurs de personnalité (les cinq du FFM), l'expérience professionnelle et l'aptitude mentale générale. L'A-E ne prédit la performance professionnelle que pour les tâches et métiers peu complexes et lorsque les différences inter-individuelles sont peu importantes.

6.6 Auto-efficacité et bien-être

Plusieurs études rapportées par Bandura (1988) avaient montré que l'A-E avait un impact favorable sur la santé émotionnelle et le bien-être. Dans une étude menée sur les corrélats de l'A-E dans cinq pays et sur 8 796 personnes, Luszczynska *et al.* (2005b) constatent qu'elle a des corrélations positives significatives avec de très nombreux indicateurs de bien-être et de performance : émotions positives, estime de soi, optimisme dispositionnel, satisfaction au travail, performances académiques et des relations négatives significatives avec la dépression, l'anxiété, le stress, le *burnout* et les plaintes somatiques.

Schwarzer, Boehmer, Luszczynska *et al.* (2005) rappellent les résultats de plusieurs études ayant montré que l'A-E, qu'elle soit spontanée ou « renforcée » par une intervention, était associée à l'ajustement émotionnel chez des patients cancéreux. Chez des femmes ayant une récidive de cancer du sein, l'A-E est la variable prédisant le mieux leur qualité de vie émotionnelle. Une intervention menée pour accroître l'A-E de patients soignés pour un cancer de la prostate induit une diminution de leurs symptômes dépressifs dans les deux mois qui suivent.

L'A-E chez les enseignants est souvent considérée comme une ressource pouvant les protéger contre le risque d'épuisement professionnel (*burnout*). Dans une étude longitudinale où 458 enseignants ont été suivis pendant un an, Schwarzer et Hallum (2008), soumettant les données à des analyses en équations structurales, observent qu'une faible A-E favorise le développement du *burnout*. Les auteurs souhaitent à présent approfondir les mécanismes par lesquels l'AE affecte le *burnout* afin de développer des interventions ciblées renforçant l'A-E comme facteur de protection.

6.7 Discussion : statut et rôle de l'auto-efficacité

Pour beaucoup d'auteurs, l'A-E généralisée est une croyance en ses capacités, si durable et stable qu'on peut la considérer comme une disposition. Ce serait en tant qu'antécédent qu'elle induirait des processus transactionnels protégeant la santé et le bien-être. Nous avons vu plus haut que les effets fonctionnels de l'A-E sur la santé physique sont médiatisés par l'adoption de comportements sains dans la population générale et par davantage de compétences perçues et effectives pour gérer la maladie chez les patients. Le fait qu'elle puisse être spécifique à certains domaines la distingue de traits généraux comme l'optimisme, l'estime de soi ou le LOC.

Plusieurs auteurs considèrent que l'AEG est une disposition, une ressource personnelle facilitant le recours à des stratégies de coping plus efficaces face à l'adversité. Dans une étude menée sur cent trente patients suivis (à un mois, six mois et onze mois) ayant subi une intervention chirurgicale sur une tumeur, Schwarzer, Boehmer *et al.* (2005) ont observé qu'une A-E élevée prédit le recours à certaines stratégies d'ajustement (s'organiser, humour, acceptation et accommodation) et agirait donc comme une disposition.

Pour certains auteurs, dont Lazarus (1999), l'A-E est un processus d'évaluation secondaire, consistant à croire que nos comportements et nos compétences permettront de surmonter certains obstacles. Pour Lowe et al. (2008), l'A-E peut être acquise et modifiée par apprentissage vicariant (observation d'autrui) ou grâce à des expériences personnelles de maîtrise des situations. Les mêmes auteurs, dans une étude menée sur cent vingt-sept patients atteints d'arthrite rhumatoïde, observent que l'A-E est un processus d'évaluation en interaction avec leurs stratégies d'ajustement, ces deux processus en interaction déterminant la santé émotionnelle ultérieure (anxiété, dépression). Nous avons vu plus

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

haut que l'A-E peut être modifiée par une intervention ; il paraît donc difficile de la considérer comme une disposition.

L'A-E a souvent été considérée comme médiatisant les relations entre des dispositions et des performances (Schwarzer *et al.*, 2008). Vollrath (2006, p. 86-87) estime que l'A-E est un processus jouant un rôle modérateur en atténuant l'impact de divers événements stressants sur le bien-être et la santé. Elle cite plusieurs études ayant observé des interactions entre l'A-E et des caractéristiques individuelles, contextuelles ou transactionnelles. Judge *et al.* (2007) pensent qu'il serait très intéressant d'étudier les effets modérateurs de l'AE, entre dispositions et performances professionnelles par exemple. Si les effets bénéfiques de l'A-E sont très généralement reconnus, sa nature et son rôle exact dans les chemins menant à la santé et au bien-être restent encore en partie à comprendre et élucider.

6.8 Des notions salutogènes convergentes ?

Les tentatives multiples et relativement indépendantes menées depuis les années 1970 pour rechercher les antécédents dispositionnels du bien être et de la santé ont permis d'identifier des notions comme la résilience, le LOC, l'endurance, l'auto-efficacité et le SOC. Il y a de nombreuses affinités entre la résilience, le LOC interne, le SOC, l'endurance et le sentiment d'efficacité, qui impliquent toutes des ressources perçues (contrôle interne, maîtrise, compétences…) et le fait de croire qu'on peut les mobiliser pour résoudre les problèmes, ainsi que, pour certaines (SOC, résilience), le sens donné aux expériences de la vie.

Si les notions passées en revue dans ce chapitre ont toutes un impact bénéfique sur le bien-être et la santé physique, elles ont des origines et contenus un peu différents. Les unes (LOC, auto-efficacité, optimisme) impliquent des croyances positives (ressources perçues, maîtrise des situations, issue des événements) et se réfèrent à des théories de l'apprentissage social (Rotter, Bandura, Seligman, Scheier et Carver). Ce sont des représentations acquises dans un certain contexte et elles sont relativement spécifiques, flexibles et modifiables. D'autres notions, comme la résilience et l'endurance, impliquent à la fois des croyances et des conduites et concernent une gamme assez étendue de situations et de moments[1]. Vu leur stabilité et leur généralité, on les considère plutôt comme des dispositions.

1. Le LOC, considéré tantôt comme style cognitif, tantôt comme disposition, n'est cependant pas un trait, car sa structure factorielle est instable et il comprend des croyances généralisées plutôt que des conduites effectives.

Sur le plan qualitatif, quelques distinctions subtiles ont été opérées par Antonovsky (1991) et Sullivan (1993) entre LOC, endurance et SOC, qui n'impliquent pas tout à fait les mêmes croyances de contrôle (plus direct dans l'endurance et le LOC) ni la même implication (plus limitée dans l'endurance que dans le SOC où elle est associée à un système de valeurs préexistant). Plusieurs auteurs estiment malgré ces nuances que c'est entre la résilience, l'endurance et le SOC qu'il y a le plus de proximité. Ces notions intègrent le contrôle perçu des événements et une attitude active pour y faire face. Même dans un mode hostile, l'individu qu'il soit résilient, cohérent ou endurant, réussit à se maintenir en bonne santé et à se réaliser.

Malgré leurs particularités, ces notions se recouvrent partiellement : les corrélations entre SOC, endurance et LOC interne sont fortes et positives (Antonovsky, 1987). D'autre part, SOC, endurance, LOC interne et auto-efficacité sont des notions corrélées fortement et négativement avec l'anxiété-trait et le névrosisme (Antonovsky, 1987). Dans une étude transversale menée sur 822 étudiants polonais, Posadzski *et al.* (2010) observent que SOC, optimisme et auto-efficacité sont très intercorrélés et font partie d'une même dimension sous-jacente plus générale. De même, DeNeve et al. (1998), dans une méta-analyse menée sur les traits de personnalité corrélés au bien-être et à la santé, observent des relations fortes entre LOC, endurance, estime de soi et stabilité émotionnelle.

Pour savoir si les caractéristiques salutogènes se regroupent en un facteur commun plus général, Judge *et al.* (2002) ont fait la méta-analyse de cent vingt-sept études réalisées sur les relations entre estime de soi, LOC, auto-efficacité et absence de névrosisme (corrélation moyenne : .64). Une AFC de ces données a abouti à un facteur général sur lequel les différents traits sont fortement saturés (estime de soi : .91, auto-efficacité : .81, LOC : .74, stabilité émotionnelle : – .73). L'estime de soi est la plus représentative de ce facteur salutogène général, interprété comme un « concept de soi positif ». Baudin (2009) a construit une échelle mesurant ce concept de soi : elle s'est avérée très liée à la satisfaction au travail et à la performance professionnelle[1].

La question de savoir pourquoi certains individus soumis à des conditions très éprouvantes s'en sortent bien s'est posée dans des disciplines différentes (épidémiologie, psychiatrie, ethnologie, psychologie, sociologie). Elle a abouti finalement à des réponses relativement

1. L'estime de soi, notion un peu oubliée, a des effets salutogènes proches de ceux de l'A-E (Vollrath, 2006).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

convergentes. Les notions qui ont été présentées dans ce chapitre sont toutes salutogènes ; elles atténuent l'impact nocif des événements stressants sur la santé. Chacune implique des croyances (générales ou spécifiques) concernant la maîtrise des événements et la mobilisation de ressources. Nous aborderons dans la discussion qui clôt ce chapitre les voies possibles menant de ces aspects de la personnalité à la santé.

Plutôt que de déduire les notions de domaines théoriques, certains auteurs ont procédé de façon empirique. Watson et Pennebaker (1989) par exemple, regroupant par analyse factorielle les états émotionnels associés à la vulnérabilité et à la vitalité, ont obtenu deux dimensions générales, l'affectivité négative (AN) et l'affectivité positive (affectivité positive). Costa et McCrae (1992), condensant tous les descripteurs des conduites humaines par des analyses factorielles successives, ont abouti au modèle FFM, le plus consensuel actuellement (voir *infra*, § 8). Beaucoup d'auteurs utilisent ce modèle comme cadre de référence pour identifier, parmi tous les traits et facteurs de personnalité ceux qui ont des effets protecteurs ou pathogènes[1]. Ce sont ces deux approches qui vont être présentées maintenant.

7. L'affectivité positive

Depuis quelques années la psychologie positive, longtemps négligée, est en plein essor. L'impulsion fut donnée par l'intervention de Martin Seligman (1999) au congrès annuel de l'APA de 1998 où il affirma que la psychologie s'était centrée trop exclusivement sur les pathologies, négligeant l'épanouissement des êtres humains. Ce champ s'est rapidement développé depuis : associations internationale, française et canadienne de psychologie positive (2007, 2009, 2012), multiplication par dix des publications en dix ans (bonheur, résilience, optimisme, etc.). Outre deux ouvrages assez récents de Seligman (2008, 2011), la publication de plusieurs ouvrages français traduit cet intérêt croissant (Cottraux, 2007 ; Lecomte, 2009 ; Martin-Krumm et Tarquinio, 2011).

Nous avons déjà présenté plus haut (chap. 3, § 9) les résultats des études ayant tenté de regrouper les termes décrivant les émotions, les affects et états thymiques. Celles de Watson et Pennebaker (1989) leur ont permis d'identifier deux facteurs, l'affectivité négative (AN) qui

1. Ayant déjà été décrit l'affectivité négative (*cf.* chap. 3, § 9) et le névrosisme (*cf.* chap. 3, § 6), nous ne les détaillerons pas ici.

comprend des affects désagréables (angoissé, coupable, effrayé, hostile…) et l'affectivité positive (AP) des états agréables (enthousiaste, alerte, actif, attentif, vif…). Pour évaluer ces dimensions, Watson *et al.* (1988a) construisirent la PANAS (*Positive and Negative Affectivity Scale*) (voir *supra*, tableau 3.9)[1].

7.1 L'affectivité positive, définition et mesures

L'affectivité positive (AP) est la tendance à s'engager dans des situations variées avec des états cognitifs et affectifs stimulants et plaisants (curiosité, énergie, enthousiasme…) (Watson et Tellegen, 1985 ; Watson, Clark et Carey, 1988b)[2]. Dans la PANAS, l'AP est évaluée par dix items auxquels on peut répondre avec des consignes trait ou état[3]. Les scores élevés décrivent des sujets vifs et enthousiastes, les scores faibles des sujets fatigués et apathiques. Cet outil s'avéra fidèle et valide d'une homogénéité (.83 à .90) et d'une stabilité (.68 à .90) satisfaisantes. La même structure bifactorielle a été retrouvée par des AFC sur les réponses de larges échantillons (Crawford et Henry, 2004). Les facteurs AN et AP sont en légère corrélation négative (– .05 à – .30). Les émotions positives ne sont pas l'inverse des émotions négatives ni leur absence, elles sont d'une autre nature et peuvent donc coexister.

Larsen et Diener (1992) affirmaient déjà que les affects pouvaient être classés selon leur agrément mais aussi selon le niveau d'activation qui leur est associé (engagement, énergie)[4]. Les items d'affectivité positive expriment à la fois des émotions plus ou moins agréables (plaisir, satisfaction, etc.) mais aussi plus ou moins plus ou moins intenses (intérêt, attention, etc.)[5]. Les solutions factorielles diffèrent d'une étude à l'autre selon le nombre d'items analysés et la technique d'extraction adoptée. Dans la PANAS-X (extension ultérieure de la PANAS),

1. La PANAS déjà présentée (*supra*, chap. 3, § 9) existe sous forme étendue (PANAS-X à 60 items), abrégée (PANAS-SF de Thompson, 2007) et en version pour enfants (PANAS-C de Joiner, Catanzaro et Laurent, 1996).

2. Les scores d'affectivité positive varient selon l'heure, augmentant dans la journée, se stabilisant puis déclinant dans la soirée.

3. C'est surtout l'affectivité positive comme trait qui est liée à la santé : elle est stable, durable et de 44 % à 52 % de sa variance est d'origine génétique (Lykken et Tellegen, 1996). Même les grandes joies n'affectent pas l'humeur très longtemps.

4. Depuis environ trente ans, plusieurs auteurs suggèrent de classer les affects non seulement selon leur valence (agréable/désagréable) mais aussi selon leur niveau d'activation de faible à intense (Sanchez *et al.*, 2006).

5. Plusieurs auteurs proposent un modèle circomplexe classant les émotions sur plusieurs axes bipolaires, dont l'un d'agrément, l'autre d'engagement (Larsen et Diener, 1992 ; Posner, Russell et Peterson, 2005).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

l'affectivité négative et l'affectivité positive sont des facteurs de 2e ordre, l'affectivité positive comprenant quatre petites facettes spécifiques (Watson et Clark, 1999, voir *supra* chap. 3, § 9). Egloff, Schmulke *et al.* (2003) ont identifié au sein de l'affectivité positive de la PANAS des facettes spécifiques relativement distinctes (joie, intérêt et activation), qui seraient plus informatives considérées séparément plutôt qu'ensemble.

7.2 Relations entre affectivité positive, personnalité et bien-être

Les échelles d'affectivité positive de la PANAS et de la PANAS-X corrèlent positivement et fortement (de .50 à .91) avec d'autres échelles évaluant des émotions positives, comme l'ABS de Bradburn, l'échelle d'affects positifs du Mental Health Inventory (Manne et Schnol, 2001) et le Profile of Mood States (Mc Nair, Lorr et Droppleman, 1971). Selon Watson *et al.* (1988a) et Vollrath (2006), l'affectivité positive est liée négativement à la détresse : symptômes de la SCL-90 (– .19 à – .29), dépression du BDI (– .35 à – .36), anxiété du STAI (– .35), anxiété et dépression du HADS (– .31 et – .52 respectivement). L'affectivité positive est assez fortement liée à l'extraversion (.40 à .50) selon Horner (1998) et Watson et Tellegen (1985). Nous avions dit plus haut que l'affectivité négative n'était pas assimilable au névrosisme ; de même, malgré leur variance commune (30 % à 50 %), l'affectivité positive ne se confond pas avec l'extraversion dont elle n'est qu'une composante[1].

L'affectivité positive s'avérant associée positivement et de façon stable au bien-être (Diener et Larsen, 1993 ; Diener, 2009 ; Garcia *et al.*, 2012 ; Myers et Diener, 1995), certains auteurs l'ont considérée comme l'une de ses mesures possibles (Derogatis, 1995 ; Kim et Hatfield, 2004). Or l'affectivité positive, facette de l'extraversion, est une disposition. Elle serait à la fois déterminée par des facteurs génétiques et acquise grâce à des expériences sociales gratifiantes (Baker *et al.*, 1992)[2]. Même si l'affectivité positive et le bien-être sont fortement associés, ils sont de nature différente. L'affectivité positive est un antécédent dispositionnel, alors

1. L'extraversion, facteur de 2e ordre, inclut six facteurs de 1er ordre : chaleur, grégarité, assurance, activité, recherche de sensations, émotions positives. Elle résulte de condensations factorielles successives de conduites très variées (Costa et Mc Crae, 1992). L'affectivité positive est issue seulement de l'analyse factorielle d'états émotionnels.

2. D'autres caractéristiques salutogènes présentées dans ce chapitre sont des croyances générales acquises par apprentissage social (LOC, A-E, optimisme, etc.).

que le bien-être, la santé et la qualité de vie sont à considérer en général comme des critères ou encore des issues à prédire.

7.3 Affectivité positive et santé auto-évaluée

Plusieurs dizaines d'études ont recherché les relations entre l'affectivité positive et la santé auto-évaluée (SAE) ; on en trouvera une synthèse détaillée dans Pressman et Cohen (2005). Les individus ayant des scores élevés d'affectivité positive rapportent des symptômes moins nombreux et moins sévères qu'ils soient des patients ou des individus en bonne santé et qu'il s'agisse d'études transversales, prospectives ou expérimentales (où les affects positifs sont induits). Les effets de l'affectivité positive seraient indépendants de ceux de l'affectivité négative et seraient plus puissants[1]. Le fait que l'affectivité positive et la santé perçue soient associés est peut-être dû en partie au fait que ce sont des autoévaluations (sans doute affectées par des biais cognitifs communs).

7.4 Affectivité positive et morbidité

On trouvera également dans Pressman *et al.* (2005, p. 931) une synthèse de plusieurs dizaines d'études montrant que les personnes ayant des problèmes de santé (pathologies diverses, douleurs) ont en moyenne des scores plus faibles d'affectivité positive que celles qui sont en bonne santé, les scores des personnes malades déclinant lorsque leurs problèmes s'aggravent. On suppose que c'est l'état de santé qui induit l'affectivité positive plutôt que le contraire. Dans les quelques études prospectives rapportées par cet auteur, un niveau élevé d'affectivité positive initial s'avère associé en général à une meilleure santé et à moins de maladies et de blessures ultérieures, mais leurs résultats ne convergent pas toujours. De plus, certaines études sont méthodologiquement faibles (elles ne contrôlent pas toujours le niveau initial d'affectivité négative par exemple).

Dans une étude expérimentale impliquant trois cent trente-quatre volontaires, Cohen et Alper (2006) ont observé que les sujets ayant des niveaux élevés d'AP-trait que l'on expose à un rhinovirus ont un risque moindre de développer un rhume que ceux ayant des scores faibles (OR = 2.9). Marsland et Cohen (2006) ont observé que suite à une vaccina-

1. L'affectivité positive modère par exemple les effets néfastes de l'affectivité négative sur la SAE de patients coronariens opérés (Versteeg *et al.*, 2009).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

tion contre l'hépatite B, les sujets ayant une affectivité positive élevée ont un taux d'anticorps supérieur (ce qui est l'indicateur d'un bon fonctionnement immunitaire), même après contrôle de l'âge, du genre, des comportements de santé et de l'affectivité négative.

7.5 Affectivité positive, mortalité et survie

Pour étudier les relations entre affectivité positive et mortalité, on suit pendant plusieurs années un groupe de personnes dont l'affectivité positive et la santé ont été évalués au départ. Pressman *et al.* (2005) ont synthétisé quinze études de ce type (dont douze menées sur des sujets âgés). Huit études montrent que des scores élevés d'affectivité positive sont associés à une mortalité moindre et à une survie plus longue, cette association étant plus forte lorsqu'il s'agit de sujets ayant plus de 55 ans au départ. Les autres études ont abouti à des résultats non significatifs ou contraires aux attentes. Dans ce dernier cas, on suppose que les individus « positifs », se percevant comme peu vulnérables, sous-estiment leurs risques et mettent leur santé en danger (Martin, Friedman et Tucker, 2002). Quelques faiblesses caractérisent beaucoup de ces études : état de santé initial pas toujours contrôlé, mesures d'affectivité positive peu valides ou fantaisistes (bien-être, bonheur, satisfaction, etc.)[1].

Les études de survie sont des études prospectives menées sur des patients atteints de pathologies sévères (sida, pathologie coronarienne, cancers, etc.). On recherche à la fin de ces études si l'affectivité positive évaluée à l'inclusion discrimine ceux qui ont ou n'ont pas survécu. Pressman *et al.* (2005) ont synthétisé les résultats de douze d'entre elles : les résultats d'ensemble sont inconsistants.

Chida et Steptoe (2008) font une méta-analyse des études menées sur la relation entre affectivité positive et survie, dix-neuf études concernent des patients ayant des pathologies cardio-vasculaires et six des patients cancéreux : des résultats nuls sont observés dans les deux cas. Il est possible que des affects, même positifs, ne puissent guère infléchir le cours de maladies aussi graves.

Certaines études montrent que l'affectivité positive chez les patients peut être parfois nocive, comme celle de Brown *et al.* (2000) réalisée sur des patients ayant un mélanome ou celle de Kalantar-Zadeh *et al.*

1. Chida and Steptoe (2008) font la méta-analyse de vingt-six études prospectives où des sujets en bonne santé sont suivis de deux à quarante-quatre ans. Un bien-être élevé au départ est associé à une mortalité moindre, après contrôle de l'affectivité négative.

(2001) sur des patients ayant une insuffisance rénale en phase terminale. Ces observations sont difficiles à interpréter ; il est possible que des scores d'affectivité positive élevés chez des sujets gravement malades reflètent un optimisme irréaliste (dont on a vu plus haut qu'il était dysfonctionnel).

7.6 Les chemins de l'affectivité positive à la santé, discussion

L'affectivité positive, comme trait ou comme état, s'est généralement avérée associée à des issues de santé favorables (santé émotionnelle, santé perçue). Les synthèses de Chida and Steptoe (2008), Dockray et Steptoe (2010), Fredrickson (2008), Pressman et Cohen (2005), Steptoe, Dockray et Wardle (2009) et Steptoe, Wardle et Marmot (2005) rapportent des résultats suggérant quelques voies psychosociales et psychobiologiques par lesquelles pourraient s'exercer ces effets salutogènes (voir figure 4.2).

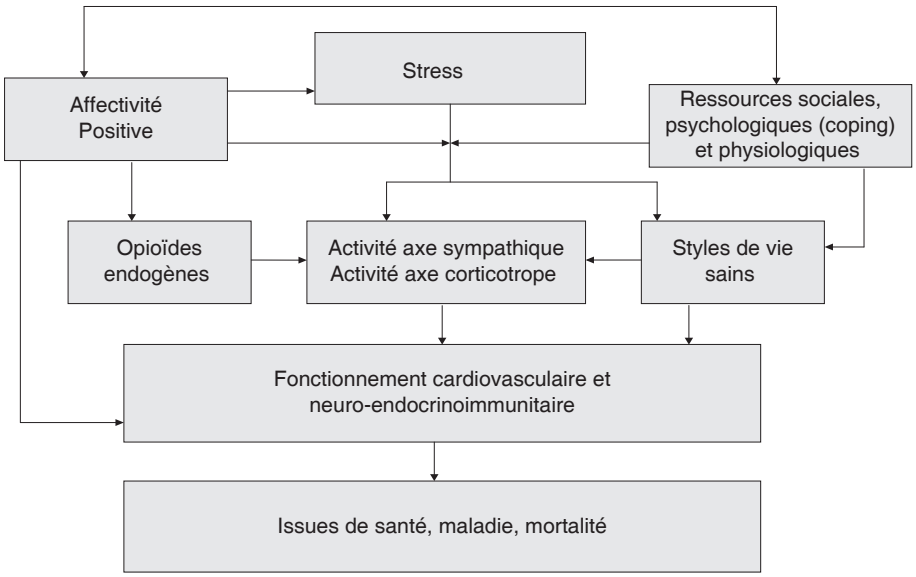


Figure 4.2 – *Chemins par lesquels l'affectivité positive est associée à la santé et à la maladie (ils ne sont représentés que dans le sens AP → santé pour simplifier) (d'après Pressman et Cohen, 2005, p. 959).*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

↘ *Voies comportementales et processuelles*

Une affectivité positive élevée serait associée à une meilleure adhésion aux traitements et à des styles de vie sains, comme bien dormir, bien manger ou faire de l'exercice (Grant, Wardle et Steptoe, 2009). Elle pourrait modérer l'impact des situations stressantes et permettrait de restaurer ses ressources après un épisode stressant (Fredrickson, 1998 ; Folkman, 2008). Les personnes ayant des scores d'affectivité positive élevés sont sans doute impliquées dans moins de conflits que les autres et elles ont des relations sociales plus importantes en quantité et qualité[1]. Ces processus transactionnels (évaluation, soutien) seront abordés au chapitre suivant.

↘ *Voies psychobiologiques*

Une affectivité positive modérée (mais non extrême) contribue à réduire l'activation du système sympathique (SNA) qui succède à un événement aversif : elle induit une diminution de certains paramètres de l'activité cardio-vasculaire (rythme cardiaque, tension artérielle) et des taux d'adrénaline et noradrénaline, facilitant le retour au calme (Stone *et al.*, 1994 ; Fredrickson *et al.*, 1998). Les individus ayant des scores affectivité positive élevés auraient un taux moindre de cortisol (Steptoe, Gibson, Hamer, et Wardle, 2007), celui-ci étant impliqué dans les réponses inflammatoires et immunitaires. On suppose que l'affectivité positive pourrait contribuer à réduire l'activité de l'axe corticotrope, mais ceci reste à confirmer.

Les personnes ayant des scores élevés d'affectivité positive rient davantage, or le rire augmente le taux d'opioïdes endogènes (Martin, 2001) qui ont des effets analgésiques et atténuent l'activation du système sympathique, ce qui correspond à une réduction du taux de certaines hormones de stress (Drolet *et al.*, 2001)[2]. Une étude de Valdimarsdottir et Bovbjerg (1997) suggère que l'affectivité positive modère l'impact défavorable des états émotionnels négatifs sur l'activité des cellules NK (*natural killers*) et serait associée à de meilleures défenses immunitaires face à une menace ou à un antigène. Les sujets à affectivité positive élevée semblent présenter moins de réactions inflammatoires et aller-

1. Selon l'Alameda County Study, l'effet de l'affectivité positive sur la longévité transite par les relations sociales (Jinping, 2010).

2. Le rire et l'humour sont utilisés dans les services hospitaliers depuis plusieurs années. On trouvera de nombreux exemples d'interventions menées en psychologie positive dans Martin-Krumm *et al.* (2011).

giques ; toutefois les mécanismes associant affectivité positive et activité immunitaire ne sont pas encore tout à fait élucidés (Kemeny et Shestyuk, 2008).

Quant au statut de l'affectivité positive, elle est tantôt considérée comme une disposition (affectivité positive comme trait), tantôt comme un processus d'évaluation (affectivité positive comme état). Dans ce dernier cas, elle est plus flexible et peut être modifiée. Horner (1998) avait observé que l'affectivité positive en tant que processus d'évaluation induisait des stratégies comme la résolution de problème ou la réévaluation positive. Pour certains auteurs, l'affectivité positive modère les effets du stress sur la santé émotionnelle et physique (Pressman *et al.*, 2005, p. 959). Pour d'autres, l'affectivité positive est parfois une issue, processus complexe qui peut résulter de l'ajustement à un événement stressant (modèle de Folkman, 2008, p. 6)[1].

Dans l'ensemble, les études rapportées plaident plutôt en faveur d'effets bénéfiques de l'affectivité positive sur l'état de santé objectif. Pourtant, Pressman et Cohen (2005, p. 960) suite à la synthèse d'une importante littérature consacrée aux liens entre affectivité positive et santé (plus de trois cent-trente titres), émettent de sérieuses réserves quant aux effets positifs de l'affectivité positive sur la santé. Selon eux, les études disponibles souffrent de nombreuses faiblesses : mesures peu valides de l'affectivité positive et des issues, facteurs de confusion non contrôlés, absence quasi générale de théorie sous-jacente.

C'est bien ce que déplore également Lazarus (2003) qui souligne la faiblesse méthodologique et théorique de certaines études menées sur les émotions positives : recherches transversales et corrélationnelles ne permettant pas la mise à l'épreuve d'hypothèses causales ; réduction des émotions à deux dimensions opposées (positives/négatives) ; insuffisante prise en considération des différences individuelles dans les comparaisons de groupes ; problèmes de mesure récurrents : techniques peu valides, indistinction entre traits et états, santé très généralement auto-évaluée.

Un numéro spécial de la revue *Annals of Behavioral Medicine* a été consacré à l'application de la psychologie positive à la prise en charge des patients cancéreux. Coyne et Tennen (2010), soulignant certaines lacunes dans les études publiées (et même dans certaines méta-analyses), estiment que nous n'avons à ce jour aucune preuve quant

1. Le développement post-traumatique est décrit comme un ensemble de changements psychologiques positifs survenus après la confrontation avec des événements de vie extrêmement stressants (Lelorain *et al.*, 2011).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

à l'efficacité de certaines interventions : l'« esprit combatif » ne s'est pas avéré lié à une survie plus longue chez des patients cancéreux ; l'induction d'états émotionnels positifs n'a pas eu les effets escomptés sur le fonctionnement de leur système immunitaire ni sur la progression de leurs tumeurs[1]. Il convient donc de rester très prudent dans les interventions menées dans ce domaine, qui doivent être *déduites des résultats des recherches* et ne pas donner de faux espoirs aux patients et à leurs proches.

8. Le modèle en cinq facteurs (FFM)

8.1 Les modèles factoriels de la personnalité

Les recherches menées sur les facteurs généraux de la personnalité ont beaucoup progressé depuis les années 1990. Le modèle en cinq facteurs (FFM) de Costa et Mc Crae (1985, 1989, 1992), aujourd'hui très largement accepté, est une avancée majeure qui a mis fin aux divisions qui caractérisaient ce domaine depuis les années 1950, notamment entre les modèles de Cattell et d'Eysenck[2]. Le modèle FFM est fondé sur de vastes recherches démontrant que trente facteurs de 1er ordre et cinq facteurs de 2e ordre rendent compte de la variété des conduites. Ces « 5 Grands » (*Big Five*) et les facettes qui les constituent sont présentés tableau 4.7. Leur contenu est beaucoup plus riche que ce que la description donnée indique. Leur structure est stable même si l'on fait varier les échantillons, les âges, les cultures et les techniques d'évaluation. Ils sont donc considérés comme des invariants (Mc Crae, 1992 ; Fiske, 1994).

1. Même absence de preuves selon eux en ce qui concerne la « croissance post-traumatique » et le *benefit finding*.

2. Pour le modèle en cinq facteurs (FFM) voir le § 6 du chapitre 3 consacré au Névrosisme et la note 1, p. 235. Pour l'histoire du modèle FFM, voir Digman (1996). Pour une synthèse critique des recherches sur les traits de personnalité et les modèles alternatifs, voir Matthews, Deary et Whiteman (2009).

Tableau 4.7 – *Structure factorielle du NEO PI-R et saturations observées sur 1 539 sujets américains (Costa et Mc Crae, 1992). Une adaptation française a été effectuée par Rolland (1998).*

Échelles du NEO PI-R	Coefficient α	Saturations des 30 facettes sur les 5 facteurs				
		N	E	O	A	C
Facettes du Névrosisme :						
N1 : Anxiété	.78	**.81**	.02	-.01	-.01	-.10
N2 : Colère-Hostilité	.75	**.63**	-.03	.01	-.48	-.08
N3 : Dépression	.81	**.80**	-.10	.02	-.03	-.26
N4 : Timidité sociale	.68	**.73**	-.18	-.09	.04	-.16
N5 : Impulsivité	.70	**.49**	.35	.02	-.21	-.32
N6 : Vulnérabilité	.77	**.70**	-.15	-.09	.04	-.38
Facettes de l'Extraversion :						
E1 : Chaleur	.73	-.12	**.66**	.18	.38	.13
E2 : Grégarité	.72	-.18	**.66**	.04	.07	-.03
E3 : Assertivité	.77	-.32	**.44**	.23	-.32	.32
E4 : Activité	.63	.04	**.54**	.16	-.27	**.42**
E5 : Recherche de sensations	.65	.00	**.58**	.11	-.38	-.06
E6 : Émotions positives	.73	-.04	**.74**	.19	.10	.10
Facettes de l'Ouverture :						
O1 : Ouverture aux rêveries	.76	.18	.18	**.58**	-.14	-.31
O2 : Ouverture à l'esthétique	.76	.14	.04	**.73**	.17	.14
O3 : Ouverture aux sentiments	.66	.37	**.41**	**.50**	-.01	.12
O4 : Ouverture aux actions	.58	-.19	.22	**.57**	.04	-.04
O5 : Ouverture aux idées	.80	-.15	-.01	**.75**	-.09	.16
O6 : Ouverture aux valeurs	.67	-.13	.08	**.49**	-.07	-.15
Facettes de l'Agréabilité :						
A1 : Confiance	.79	-.35	.22	.15	**.56**	.03
A2 : Droiture	.71	-.03	-.15	-.11	**.68**	.24
A3 : Altruisme	.75	-.06	**.52**	-.05	**.55**	.27
A4 : Compliance	.59	-.16	-.08	.00	**.77**	.01
A5 : Modestie	.67	.19	-.12	-.18	**.59**	-.08
A6 : Sensibilité	.56	.04	.27	.13	**.62**	.00
Facettes de la Conscience :						
C1 : Compétence	.67	**-.41**	.17	.13	.03	**.64**
C2 : Ordre	.66	-.04	.06	-.19	.01	**.70**
C3 : Sens du devoir	.62	-.20	-.04	.01	.29	**.68**
C4 : Recherche de réussite	.67	-.09	.23	.15	-.13	**.74**
C5 : Autodiscipline	.75	-.33	.17	-.08	.06	**.75**
C6 : Délibération	.71	-.23	-.28	-.04	.22	**.57**

Description sommaire des pôles positif et négatif des 5 grand facteurs (α de Cronbach entre parenthèses) :

- Névrosisme (.92) : tendance à ressentir de l'anxiété et d'autres émotions négatives/tendance à être calme et stable émotionnellement.
- Extraversion (.89) : tendance à être sociable et à prendre la tête dans les situations sociales/ tendance à rester au second plan socialement et à être timide.
- Ouverture (.87) : tendance à être ouvert à de nouvelles idées et sentiments et aimer réfléchir/ tendance à avoir l'esprit étroit et manquant de profondeur.
- Agréabilité (.86) : tendance à être confiant et respectueux d'autrui/tendance à être méfiant, hostile et indépendant.
- Conscience (.90) : tendance à être organisé et à suivre des règles/tendance à être insouciant, désorganisé et à ne pas prévoir les choses à l'avance.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

On a tout d'abord utilisé le NEO PI (créé en 1985) puis sa version révisée, le NEO PI-R pour évaluer les facteurs du FFM (Costa *et al.*, 1992b ; Mc Crae *et al.*, 1992). Puis sont nés des outils plus courts comme le NEO-FFI (*NEO Five factors Inventory*) à soixante items qui fournit une mesure des cinq grands facteurs et des facteurs plus spécifiques ou le BFI (*Big Five Inventory*) à quarante-quatre items. Il existe même des versions en dix items (Rammsted et John, 2007). Ces outils donnent des mesures fortement intercorrélées (Lang, John et Ludtke, 2011 ; Jokela *et al.*, 2013). Le NEO PI-R a de nombreuses qualités psychométriques, dont de bonnes validités notamment.

Les facteurs du FFM offrent à la psychologie de la santé un cadre de référence cohérent permettant d'intégrer des recherches encore émiettées. Peut-être permettra-t-il de classer et d'unifier les résultats disponibles sur les relations entre personnalité et santé (Booth-Kewley et Vickers, 1994), ce que certains auteurs ont commencé à faire (Vollrath, 2006, p. 216-222). Beaucoup de dimensions déjà présentées ici correspondent à une (ou plusieurs) facettes des facteurs du FFM[1]. Le problème est que des modèles comme le FFM ont été conçus pour décrire de façon à la fois exhaustive et économique la variété des conduites et non pour maximiser les relations entre personnalité et santé.

On a plus récemment étudié les « profils » de traits du FFM éventuellement impliqués dans des maladies différentes, ce qui revient à rechercher des configurations de traits (ou types). Si la démarche typologique existe depuis longtemps, la démarche consistant à reconstituer un profil à partir de traits simples, pour lesquels on dispose d'un cadre de référence commun et d'outils d'évaluation très valides, est nouvelle (Chapman, Roberts, Duberstein, 2011). Nous avons déjà examiné les effets défavorables du névrosisme sur la santé physique et émotionnelle (voir *supra*, chap. 3, § 6) et allons décrire à présent le rôle des quatre autres facteurs du FFM.

8.2 Le facteur C : être consciencieux

Le sujet consciencieux est ordonné, organisé, orienté vers la réussite, auto-discipliné, fiable ; le sujet peu consciencieux est désordonné, désorganisé, insouciant et imprévoyant. Le facteur C, dans les premières études, était, parmi les cinq grands facteurs, celui qui était le plus

1. L'optimisme, facette de l'Extraversion (relation positive) est aussi une facette du Névrosisme (relation négative). L'hostilité est une facette du Névrosisme (relation positive) et de l'Agréabilité (relation négative).

fortement associé à la longévité (Friedman *et al.*, 1993 ; Friedman *et al.*, 1995 ; Martin et Friedman, 2002). Une cohorte de 1 312 enfants américains choisis au départ (en 1921) pour leur niveau intellectuel élevé, les « termites » (*Terman Life-Cycle Study of Gifted Children*) a été suivie pendant soixante-sept ans. Les plus consciencieux à l'âge de 11 ans ont présenté plusieurs dizaines d'années plus tard un risque de mortalité réduit de 25 % (Friedman *et al.*, 2010).

Dans une méta-analyse concernant 76 150 individus de plusieurs pays (a.m. : 50,9 ans au départ), suivis en moyenne 5,9 ans (dont 3 947 décédèrent au cours du suivi), Jokela *et al.* (2013) ont calculé l'association des cinq facteurs du FFM avec le risque de mortalité (toutes causes). Après le contrôle de certains facteurs (âge, genre, nationalité, comportements sains, statut marital, niveau d'éducation, autres traits de personnalité), seul le facteur C prédit (négativement) le risque de mortalité[1].

Dans une étude transversale menée sur un échantillon représentatif de 3 032 adultes américains de 25 à 74 ans, Goodwin et Friedman (2006) examinent les relations des cinq facteurs du FFM avec diverses pathologies et limitations physiques (auto-évaluées). Le facteur C est associé à moins de troubles mentaux et physiques (sauf pour les maladies pulmonaires) et à moins de limitations fonctionnelles (chez les patients ayant des maladies sévères), ceci même après contrôle de divers facteurs (âge, genre, ethnie, statut marital, éducation, troubles mentaux). Les patients ayant des scores C élevés ont des styles de vie plus sains, une meilleure adhésion thérapeutique (*i. e.* à un programme d'exercices physiques de réhabilitation) et moins de comportements à risque que ceux ayant des scores faibles.

Il a été observé en effet que les sujets consciencieux observent mieux que les autres les traitements et régimes (Van Heck, 1997). Le facteur C s'est avéré associé à des styles de vie plus sains dans deux recherches différentes, ceci même quand l'effet des quatre autres facteurs est contrôlé (Booth-Kewley *et al.*, 1994)[2]. Le même résultat fut retrouvé dans un échantillon de 1 184 étudiants espagnols, où les sujets ayant un score C élevé ont des attitudes envers la santé plus favorables (Lemos-Giraldez

1. Un score C faible (tertile inférieur) est associé à un risque accru de décéder (+ 37 %). Dans la même étude, des scores faibles en A, E et O et élevés en N sont associés à la mortalité, sauf si l'effet du facteur C est contrôlé.

2. Vickers *et al.*, partir de divers comportements sains et à risques, ont élaboré une échelle permettant d'évaluer quatre styles de vie : comportements sains (exercice, alimentation, etc.), comportements de prévention (premiers soins, protection, etc.), conduites addictives (alcool, tabac, drogues, etc.) et conduites à risques sur la voie publique (conducteur, piéton), prédisant fortement la morbidité et la mortalité.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et al., 1997). Ils ont en outre moins d'accidents de la route (Arthur et Graziano, 1996) et élaborent plus de stratégies actives face à l'adversité (Bermudez, 1999). Tout ceci est cohérent avec le contenu de ce facteur (auto-discipline, règles de vie, sens du devoir).

Pour mieux comprendre la relation entre facteur C et longévité, Bogg et Roberts (2004) ont fait la synthèse de cent quatre-vingt-quatorze études dans lesquelles des relations ont été calculées entre le facteur C (ou des traits équivalents) d'une part et des comportements nocifs et protecteurs, d'autre part. Le trait C et ses équivalents sont négativement liés à tous les comportements à risque et positivement à tous les comportements sains considérés. Cette étude suggère que la relation entre type C et santé est due à ses relations avec des styles de vie sains.

Kern et Friedman (2008) réalisent une méta-analyse des résultats collectés sur vingt échantillons indépendants concernant le facteur C (et ses diverses composantes) d'une part, et des mesures de longévité, de mortalité et de survie d'autre part. Des scores C élevés sont associés à une longévité accrue, ce qui est en accord avec les résultats des autres études. Ces associations sont encore plus marquées pour deux des facettes du facteur C : recherche de réussite (persévérance, activité) et ordre (organisation, auto-discipline) et ceci est retrouvé aux différents âges de la vie.

8.3 Le facteur A : être agréable

Le sujet « agréable » est tolérant, chaleureux, accommodant, confiant, altruiste et il a des relations sociales harmonieuses. L'agréabilité pourrait avoir des effets protecteurs grâce à sa sous-dimension « confiance » pôle opposé de l'hostilité (Chapman, Roberts et Duberstein, 2011). Plusieurs auteurs ont observé que l'agréabilité est associée à l'adoption de styles de vie plus sains (Booth-Kewley *et al.*, 1994 ; Bermudez, 1999 ; Van Heck, 1997) et à moins de conduites à risques. Dans une étude de Weiss et Costa (2005), des scores A élevés chez des personnes âgées de plus de 65 ans suivies pendant 3 ans sont associés à une mortalité moindre. Le sujet « désagréable » est cynique, hostile, méfiant, égoïste et a des relations sociales conflictuelles. Plusieurs études ont montré que cette hostilité « expressive » est liée à un risque supérieur de cardiopathie (voir *supra*, chap. 3, § 4.4)[1].

1. L'hostilité « névrotique », facette du facteur N (affects hostiles) ne serait pas associée à des problèmes de santé.

Si l'on considère l'ensemble des études menées sur les relations entre FFM et santé, l'effet du facteur A s'avère inconsistant. Dans l'étude de Goodwin *et al.* (2006), les plus agréables des patients ayant une pathologie sévère ont en effet moins de limitations physiques (s'habiller, se laver…) ; pourtant, les patients ayant un diabète, de l'hypertension, des maladies articulaires et respiratoires ont des scores A supérieurs à ceux des bien-portants (mais cette étude est transversale). Chapman *et al.* (2011) rapportent les résultats de quatre études n'observant pas de lien entre A et longévité. Dans la synthèse de Jokela *et al.* (2013), deux études montrent même que des scores A élevés sont associés à un risque accru de mortalité.

Les sujets désagréables, éprouvant et exprimant des affects négatifs (hostilité, méfiance), bénéficient de moins de soutien reçu et perçu ; ils seraient plus exposés à des situations aversives et seraient en moins bonne santé (il a été observé en effet qu'ils ont plus de maladies cardiovasculaires). On a cru que l'agréabilité, associée à des émotions positives, à des relations sociales harmonieuses et à des comportements sains était bénéfique pour la santé, pourtant les études effectuées n'ont pas démontré de tels effets. Il est possible que l'association entre facteur A et santé soit curvilinéaire (seuls des scores modérés étant protecteurs) et complexe (effets distincts des différentes facettes du facteur A ; interaction avec d'autres traits)[1].

8.4 Le facteur E : extraversion

L'extraversion est un facteur général de la personnalité, jouant un rôle central dans la plupart des modèles. Le facteur E du FFM comprend six facettes : chaleur, grégarité, assurance, activité, recherche de sensations, émotions positives. Les effets de l'extraversion sur la santé ne sont pas univoques. Goodwin (2006) note cependant que les scores E sont plus faibles dans les groupes de patients (hypertension artérielle, pathologies coronaires, sciatique, tuberculose) que chez les sujets en bonne santé. Les relations observées entre l'extraversion, les comportements à risque et la longévité semblent assez hétérogènes.

On pourrait penser que les sujets ayant des scores E élevés ont plus tendance que les autres à consommer des substances (l'une des facettes de l'extraversion est la recherche de sensations). Les fumeurs semblent

1. Dans trois autres études citées par Chapman *et al.* (2010), la combinaison entre un score A élevé et un score C faible (être centré sur le bien-être d'autrui ; ne pas prendre soin de soi) est associée à un risque de mortalité accru.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

en effet plus extravertis et à la recherche de sensations (Carton *et al.*, 1994 ; Gilliard *et al.*, 2001). Cependant, la relation observée sur plusieurs échantillons entre extraversion et dépendance à des substances s'est avérée modeste et instable (Booth-Kewley *et al.*, 1994). De plus, le facteur E s'est avéré associé à un style de vie plus sain (activités physiques) et à l'adoption de plus de comportements préventifs dans plusieurs études (Bermudez, 1999).

Selon Chapman *et al.* (2011), certaines différences entre ces résultats sont explicables. Les échelles d'extraversion les plus anciennes comprenaient une facette de recherche de sensations. Cependant, l'impulsivité et un faible auto-contrôle ne font plus partie du facteur E dans les échelles issues du modèle FFM ; ce sont des facettes des facteurs N (scores élevés) et C (scores bas), ce qui pourrait expliquer pourquoi les relations trouvées entre le facteur E (du FFM) et la consommation de substances sont inconsistantes[1].

Deux études longitudinales, menées en population générale et débutant dans les années 1980, ont montré que E est associé à un risque accru de mortalité (Shipley, Weiss, Taylor *et al.*, 2007 ; Ploubidis et Grundy, 2009), effet qui semble attribuable au tabagisme. Dans une étude menée sur 8 158 adultes américains de plus de 65 ans suivis 6 ans, Wilson *et al.* (2005) observent que les plus extravertis, même après contrôle de l'âge, du genre, du niveau d'éducation et de l'ethnie ont un risque moindre de décéder (– 21 %) que les moins extravertis, effet qui serait médiatisé par le niveau d'activité. Dans cinq études longitudinales plus récentes menées en population générale, des scores E élevés sont associés à un risque réduit de mortalité. Cependant, dans trois autres études menées sur des populations particulières (sujets dépendants à des substances, patients cancéreux, sujets âgés malades), E n'affecte pas la longévité (Chapman *et al.*, 2011).

Le facteur E, d'abord considéré comme associé à un risque accru de mortalité, s'est avéré lié à la longévité dans des études plus récentes menées en population générale[2]. Ceci pourrait être dû au fait que l'échelle E du modèle FFM comprend trois facettes potentiellement salutogènes : émotions positives, grégarité (sociabilité) et niveau d'activité. Il a déjà été observé que les extravertis déployaient plus de stra-

1. Les échelles d'extraversion utilisées dans les années 1980 (EPI et ses dérivés) contenaient beaucoup plus d'items de prise de risque, recherche de sensations, excitation et désinhibition que celles s'inspirant du modèle FFM.

2. Les facettes sociabilité, activité et affects positifs pourraient contribuer aux effets bénéfiques du facteur E sur la longévité en population générale, effets pouvant être concurrencés par ceux de la maladie ou de l'addiction.

tégies d'ajustement actives que les autres (Bermudez, 1999) et qu'ils bénéficiaient d'un soutien social plus efficace (Van Heck, 1997). L'extraversion étant composée de facettes aux effets opposés, on comprend mieux pourquoi elle peut s'avérer parfois salutogène (si les affects positifs, le niveau d'activité et la sociabilité prédominent), parfois pathogène (si c'est la recherche de sensations).

8.5 Le facteur O : Ouverture

Le facteur O correspond à une ouverture à l'expérience (esthétique, imaginaire, sentiments, idées, etc.). D'après la synthèse de Chapman *et al.* (2011), le facteur O correspond à un risque moindre de mortalité dans quatre études sur cinq, montrant que la curiosité intellectuelle et les intérêts esthétiques sont des aspects particulièrement bénéfiques de l'ouverture. De même, les résultats d'une méta-analyse de 11 études concernant 19 941 sujets suggèrent que des scores O élevés sont associés à un risque de mortalité moindre (Ferguson et Bibby, 2012)[1].

Selon Goodwin *et al.* (2006), si des scores O supérieurs sont parfois observés chez les bien-portants et, parmi les patients, chez ceux qui ont le moins de limitations fonctionnelles, ces associations sont inconsistantes si l'on considère l'ensemble des études. Dans l'une des plus importantes des méta-analyses menées à ce jour (plus de 76 000 sujets suivis 5,9 ans), l'ouverture ne prédit la longévité que dans une étude sur sept, l'estimation globale de la relation entre O et mortalité n'étant pas significative (Jokela *et al.*, 2013). Il serait utile selon ces auteurs de rechercher des relations entre les facettes spécifiques de l'ouverture et la santé et les éventuelles interactions entre O et d'autres prédicteurs de la longévité.

8.6 Modèle FFM et santé, discussion

Parmi les cinq grands facteurs, seul le facteur C (conscience) a des effets importants et stables sur la longévité et la santé (Chapman, 2011 ; Jokela *et al.*, 2013). Certains auteurs estiment que le modèle FFM offre un cadre cohérent qui permettra d'unifier et de comparer les résultats concernant les relations entre personnalité et santé, très dispersés jusqu'ici (Booth-Kewley *et al.*, 1994 ; Van Heck, 1997) ; certains auteurs ont déjà amorcé ce travail (Bermudez, 1999 ; Vollrath, 2006).

1. Selon ces auteurs, un score O élevé est associé à un taux plus faible d'IL-6 (marqueur inflammatoire) et au QI.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Les autres facteurs de ce modèle (N, E, A et O) ont des effets plus mitigés. Malgré des résultats encourageants, il est possible que les facteurs du modèle FFM ne soient pas assez détaillés pour maximiser les relations entre personnalité et santé. Il sera nécessaire d'utiliser leurs trente petites composantes afin de pouvoir distinguer, au sein de chaque grand facteur, les facettes salutogènes et pathogènes. Plusieurs des dimensions présentées dans les chapitres 3 et 4 sont des facettes du modèle FFM isolées ou combinées[1]. Cependant, le modèle FFM a été conçu pour décrire de façon exhaustive et économique la variété des conduites et non pour maximiser les relations entre personnalité et santé.

Le modèle FFM a été très critiqué (Boyle, 2008). On lui a reproché par exemple d'être a-théorique. Les composantes de ce modèle étant le résultat de recherches empiriques, elles ne fournissent qu'une description des conduites et n'ont pas de valeur explicative. Comme dans les modèles antérieurs, la découverte des traits n'est qu'une première étape, incitant à entreprendre des recherches explicatives (origine, genèse, fonctionnement, effets) établissant leur validité théorique, comme cela a été fait par exemple pour l'extraversion et le névrosisme découverts dans les années 1950 par Eysenck. L'élaboration et la validation d'hypothèses théoriques relatives au modèle FFM sont en cours (McCrae et Costa, 1996 ; 2006 ; DeYoung, 2010).

Afin d'optimiser les relations entre personnalité et santé, certains auteurs ont cherché à regrouper les traits de personnalité les plus fortement associés à l'état de santé (Bermudez, 1999 ; Kardum et Hudek-Knezevic, 2012) par des analyses en facteurs ou en clusters ; ils obtiennent des dimensions différentes, mélanges de traits simples, non utilisables pour des études relatives à la vulnérabilité spécifique vis-à-vis d'une maladie. Le modèle FFM s'est révélé utile pour classer les troubles mentaux et situer les catégories du DSM sur ses composantes (Samuel et Widiger, 2008 ; Saulsman, 2004). On pourrait faire de même pour les catégories de maladies somatiques considérées *séparément* en recherchant quel est pour chacune le profil correspondant sur les traits du FFM (Chapman *et al.*, 2011).

De nombreuses études montrent que les traits de personnalité du FFM affectent la santé de la population générale et celle des patients en transitant par des comportements sains ou à risque (Bogg et Roberts,

1. L'optimisme regroupe des émotions positives (E +) et l'absence d'affects négatifs (N –), l'hostilité correspond à l'hostilité-colère (N +) et à l'absence de confiance (A –), le type D combine détresse (N –) et inhibition (E –).

2004 ; Chapman *et al.*, 2011 ; Deary *et al.*, 2010 ; Terracciano et Costa, 2004). Le facteur C par exemple est lié à plus de comportements protecteurs (faire de l'exercice, manger sainement) et à moins de comportements à risques (dépendance à des substances, conduite automobile dangereuse), ce qui réduit le risque de mortalité (de 37 %, in Jokela *et al.*, 2013). Les relations entre personnalité et santé ne sont attribuables qu'en partie aux comportements de santé. De plus, il faudrait ajouter aux effets bénéfiques de la personnalité ceux de l'aptitude mentale générale et de compétences spécifiques (Deary *et al.*, 2010).

Plusieurs auteurs ont suggéré des mécanismes biologiques pouvant médiatiser les relations entre personnalité, santé et longévité (Chapman *et al.*, 2011). Parmi ceux-ci, on retrouve l'activation de l'axe corticotrope (et le taux de corticoïdes), celle de l'axe sympathique (et le taux d'adrénaline et de noradrénaline), les taux des marqueurs de l'activité inflammatoire et immunitaire. Les traits de personnalité pourraient être les précurseurs de certaines dérégulations. Des scores élevés en N (névrosisme) et faibles en C se sont avérés associés par exemple à des taux élevés de cytokines pro-inflammatoires (dont l'IL-6), impliquées dans la progression de diverses maladies (Sutin *et al.*, 2010)[1].

Les modèles en facteurs et en traits comme le FFM sont précieux car ils nous fournissent une taxinomie de toutes les conduites (ce que les individus « sont »). Cependant, ils ne nous renseignent pas sur la façon dont les individus fonctionnent (ce qu'ils « font »), c'est-à-dire les processus transactionnels flexibles qu'ils mettent en place face à certaines situations. Ces processus sont à la fois déterminés par des facteurs individuels (dont la personnalité) et par des facteurs situationnels. Plusieurs d'entre eux (perception et signification du contexte, évaluation de ses propres ressources, sélection d'une stratégie de réponse, évaluation du résultat) font partie des chemins menant à des issues de santé favorables ou non. Les divers processus transactionnels seront décrits dans le prochain chapitre.

9. Le rôle bénéfique de la personnalité, discussion

La recherche des facteurs de personnalité associés au bien-être et à la santé a permis d'identifier plusieurs caractéristiques salutogènes : opti-

1. Des scores C élevés sont associés à une progression moindre de l'infection par VIH (O'Cleirigh *et al.*, 2007).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

misme, LOC, résilience, endurance, SOC, auto-efficacité. Bien qu'issues de conceptions théoriques distinctes, ces notions sont relativement proches les unes des autres. Les autres dimensions protectrices viennent de la condensation factorielle d'états émotionnels (affectivité positive) ou de traits de personnalité (modèle FFM). L'ensemble des facteurs de personnalité protecteurs constitue encore un domaine relativement fragmenté.

9.1 Personnalité, bien être, qualité de vie et santé auto-évaluée

La plupart des dimensions de la personnalité abordées dans ce chapitre ont des relations positives avec la qualité de vie, le bien-être et la santé émotionnelle et négatives avec le stress, la détresse et les troubles mentaux. C'est le cas de l'optimisme (Chida *et al.*, 2008 ; Pressman *et al.*, 2005), du contrôle interne (Horner, 1998 ; Neipp *et al.*, 2007), du SOC (Eriksson *et al.*, 2006 ; 2007), de l'auto-efficacité (Luszczynska et al., 2005b ; Schwarzer et al., 2005) et de l'affectivité positive (Diener, 2009 ; Garcia *et al.*, 2012).

Steel, Schmidt et Shultz (2008) ont fait la méta-analyse de deux cent quarante-neuf études consacrées aux relations entre les cinq facteurs du FFM et des mesures de satisfaction de la vie et de bien-être. Les corrélations observées sont significatives (à $p < .001$) pour quatre facteurs de personnalité : névrosisme, extraversion, conscience et agréabilité ; elles sont plus faibles pour l'ouverture. Ces résultats sont en accord avec ceux de Friedman *et al.* (2010) et de Goodwin *et al.* (2006). Pour Steel *et al.* (2008), le fait de mener des études au niveau des facettes donnerait de meilleurs résultats et constituerait un pas supplémentaire vers des recherches explicatives.

Des relations significatives entre les facteurs de personnalité « protecteurs » et la santé auto-évaluée (plaintes somatiques ou symptômes) ont été observées pour l'optimisme (Rasmussen *et al.*, 2009), le SOC (Flensborg-Madsen *et al.*, 2005a ; Eriksson *et al.*, 2006) et l'affectivité positive (Pressman *et al.*, 2005). Si le critère est la santé objective, ces relations s'affaiblissent (pour l'optimisme par exemple) ou deviennent inconsistantes (affectivité positive) et même non significatives (SOC). Un problème récurrent est celui de la contamination des mesures par des biais cognitifs communs. L'effet de la personnalité sur la santé doit donc être évalué par des indicateurs plus objectifs.

9.2 Personnalité, morbidité et mortalité

Pour savoir quel est l'impact salutogène effectif de la personnalité, on utilise des critères comme la morbidité et la mortalité. L'optimisme est associé à un risque de mortalité réduit (Chapman *et al.*, 2011 ; Chida *et al.*, 2008 ; Tindle *et al.*), l'internalité à une morbidité moindre (Stürmer *et al.*, 2006) et à une mortalité réduite (Chapman *et al.*, 2011), l'auto-efficacité à des issues fonctionnelles plus favorables chez les patients, au moins à court terme (Graves, 2003 ; Luszczynska *et al.*, 2005b) ; l'affectivité positive pourrait être liée à une morbidité et à une mortalité moindres, mais ceci reste à confirmer (Pressman *et al.*, 2005).

Parmi les cinq grands facteurs, le facteur C (conscience) est celui qui a les effets les plus importants et les plus stables sur la morbidité et la mortalité (Chapman *et al.*, 2011 ; Ferguson, 2013 ; Jokela *et al.*, 2013)[1]. Roberts *et al.* (2007) rapportent certaines tailles d'effet entre personnalité et mortalité (C : – .09 ; E et affects positifs : – .07 ; N : .05 ; A et hostilité : .04). Après ajustement sur divers facteurs, des scores C, E et A élevés sont associés à un risque réduit, un score N élevé à un risque accru[2]. Plusieurs auteurs considèrent la personnalité comme un prédicteur important de la mortalité (Roberts *et al.*, 2007 ; Chapman *et al.*, 2010).

Quelques autres caractéristiques dispositionnelles non abordées dans cet ouvrage ont aussi des effets notables sur la santé : le niveau intellectuel et la santé mentale, par exemple, qui ont des effets protecteurs (Deary *et al.*, 2010 ; Ferguson, 2013). Quant à l'intelligence émotionnelle, c'est une compétence spécifique qui permet de traiter des informations à contenu émotionnel, les percevoir, les exprimer, les comprendre et les réguler (Zenasni, Lubart, Pahlavan *et al.*, 2003). Une méta-analyse concernant de 19 815 participants et évaluant 105 tailles d'effet a montré que l'intelligence émotionnelle était associée à la santé physique et mentale (Martins, Ramalho et Morin, 2010).

Quelques auteurs ont proposé des chemins indirects antre personnalité et santé (morbidité, mortalité, notamment). Les effets de la personnalité pourraient transiter par des mécanismes psychobiologiques et par divers comportements sains ou à risque. Ils pourraient également s'exercer par l'intermédiaire de certaines cognitions sociales et de dif-

1. Le modèle FFM offre un cadre permettant d'unifier et de comparer les résultats concernant les relations entre personnalité et santé, très dispersés (Van Heck, 1997). Ce travail a été amorcé (Bermudez, 1999 ; Vollrath, 2006).

2. De petites tailles d'effet sont à prendre en compte pour des issues difficiles à influencer comme c'est le cas ici. Ces facteurs ont une taille d'effet équivalente à celle de facteurs comme le statut SE (Roberts *et al.*, 2007).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

férents processus transactionnels (stress, contrôle, soutien, coping). Ces processus pourraient selon les cas médiatiser ou modérer les effets des prédicteurs sur les critères (Chapman *et al.*, 2011 ; Ferguson, 2013 ; Horner, 1998 ; Steptoe *et al.*, 2009 ; Van Heck, 1997).

9.3 Voies psychobiologiques et déterminants constitutionnels

L'optimisme, le contrôle, l'affectivité positive et la « conscience » (facteur C) sont associés à des états cognitifs et émotionnels agréables (sentiment de maîtrise, sérénité). On suppose que ces états sont associés à une activation réduite de l'axe corticotrope (taux moindre de cortisol), de l'axe sympathique (taux moindre de catécholamines), du système cardio-vasculaire, de l'activité inflammatoire et à l'efficacité accrue des défenses immunitaires. C'est en effet ce qui a été observé (Chida et Steptoe, 2009 ; Ferguson, 2013 ; Dockray et Steptoe, 2010)[1].

À l'inverse, un optimisme et un contrôle faible ainsi que des scores bas sur le facteur C (surtout s'ils sont combinés à des scores N élevés) correspondent à l'altération de certaines réponses immunitaires, à l'augmentation du taux de cytokines pro-inflammatoires, à une résistance moindre aux infections et à la progression de certaines tumeurs (Huffman *et al.*, 2011 ; Argaman *et al.*, 2005 ; Griffin et Chen, 2006 ; Sutin *et al.*, 2010). Nous avons évoqué ci-dessus ces mécanismes de manière globale ; il reste à les spécifier selon les antécédents de personnalité impliqués et les issues de santé concernées.

Certains facteurs génétiques communs pourraient affecter à la fois la personnalité et la longévité (Chapman *et al.*, 2011). La personnalité et la vulnérabilité aux maladies semblent dépendre de facteurs génétiques, environnementaux et de leurs interactions (Brody, 1994 ; Eaton, Kruger, South *et al.*, 2012 ; Loehlin, 1992). 25 % à 40 % de la variance des traits du FFM seraient d'origine génétique et même plus pour les facteurs E et N (Larsen et Buss, 2002). Certains de ces déterminants prédisposent les individus à s'engager dans des comportements plus ou moins sains au cours de leur vie. Si on a beaucoup avancé quant aux déterminants génétiques et environnementaux de l'hostilité ou du névrosisme, on sait très peu de chose encore sur l'étiologie des facteurs protecteurs de la personnalité.

1. Une liste complète des voies biologiques et comportementales possibles est dans Chapman *et al.* (2011, p. 12).

9.4 Voies comportementales

Les personnes ayant des scores élevés d'optimisme, d'internalité, d'auto-efficacité, d'affectivité positive et de facteur C (être consciencieux) ont en général plus de comportements sains, une meilleure adhésion thérapeutique et moins de comportements à risque que ceux ayant des scores faibles sur ces dimensions (Bogg *et al.*, 2004 ; Chapman *et al.*, 2011 ; Ferguson *et al.*, 2013). Le fait de croire que l'on ne peut rien faire et que tout effort est inutile est un obstacle à l'adoption de comportements de santé. Dans certaines interventions (sevrage tabagique par exemple), on essaie de renforcer certains processus d'évaluation (auto-efficacité perçue par exemple) pour infléchir ces croyances et faciliter l'acquisition de nouveaux comportements (Gwaltney *et al.*, 2005 ; Sarkar *et al.*, 2007).

On considère que les comportements sains *médiatisent* les effets de la personnalité sur la santé (voir chap. 5, § 2 à 4)[1]. Ces comportements ont des relations modestes en moyenne avec les issues de santé objectives (Booth-Kewley *et al.*, 1994). Dans l'étude prospective Whitehall-II concernant 9 590 employés britanniques suivis de 1985 à 2009, le pouvoir explicatif de l'activité physique et d'une alimentation saine mesurés à l'inclusion est de 5 % et 7 % sur le risque de mortalité toutes causes (Stinghini *et al.*, 2010)[2]. Dans l'étude longitudinale menée par Wilson *et al.* (2005) sur une cohorte de 6 158 sujets âgés pendant 6 ans, l'effet de la personnalité (N et E) sur la mortalité est réduit de près de 50 % si l'on contrôle les activités physiques, cognitives et sociales des participants. Le fait qu'il s'agisse de comportements spontanés et habituels explique peut-être leur contribution forte à la longévité.

9.5 Des facteurs en interaction

Les effets de la personnalité sur la santé sont souvent étudiés isolément pour des raisons de simplicité. En fait, les traits de personnalité agissent souvent en interaction avec d'autres facteurs, d'autres traits de personnalité par exemple. C'est le fait d'avoir à la fois un score C élevé et un score N faible qui prédit la longévité chez les femmes (Friedman *et al.*, 2010). La combinaison entre un score A élevé et un score C faible est

1. D'après le modèle HBM, des croyances et comportements médiatisent l'effet de la personnalité sur la santé.

2. Le pouvoir explicatif de ces comportements augmente un peu si on les mesure plusieurs fois au cours du suivi.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

associée à un risque accru de mortalité (Chapman *et al.*, 2010) ; elle caractérise les personnes prenant soin des autres au détriment de leur propre santé.

Les facteurs de personnalité peuvent interagir avec des facteurs de nature différente, facteurs cognitifs, socio-économiques, culturels, contextuels (Friedman, 2008 ; Roberts *et al.*, 2007). Nous avons évoqué à propos de l'internalité des exemples d'interaction entre les croyances des individus et la contrôlabilité effective des situations. De tels effets d'interaction sont rarement explorés ce qui est dommage vu le volume de données disponibles et la facilité d'y introduire des termes comprenant des interactions (Deary *et al.*, 2006).

Les chemins possibles reliant la personnalité à la santé apparaissent comme complexes. Ceux qui ont été explorés récemment suggèrent de nouvelles perspectives intégrant des notions et domaines souvent indépendants et nécessitant la collaboration de chercheurs de formation différente. Nous sommes arrivés à une étape où de nombreux modèles hypothétiques relatifs aux voies selon lesquelles la personnalité affecte les issues de santé sont mis à l'épreuve, mais il est encore trop tôt pour traduire les résultats déjà acquis en interventions personnalisées. La personnalité apparaît aujourd'hui comme un concept absolument central pour mieux comprendre la santé (Ferguson, 2013).

9.6 Personnalité, cognitions et processus transactionnels

Plusieurs auteurs cherchent à connecter des domaines qui jusqu'ici se développaient séparément. Chapman *et al.* (2011) proposent d'explorer des perceptions et comportements à l'interface des plusieurs conceptions (perception des risques, prises de décision, utilisation des services de soins). Les facteurs de personnalité affecteraient certaines notions clé des modèles socio-cognitifs : les facteurs E, A et C semblent réduire la vulnérabilité perçue vis-à-vis des maladies alors que le facteur N semble l'accroître (Gerend, Aiken et West, 2004). Le facteur C modère l'effet des intentions de comportement sur les actions, les individus ayant des scores C élevés mettant plus que les autres leurs intentions en conformité avec leurs actions effectives (Chatzisarantis et Hagger, 2008).

Certains traits de personnalité décrits dans ce chapitre ont pour effet d'atténuer le stress perçu face à certains événements (optimisme, internalité, A-E, SOC, affectivité positive), d'induire un contrôle perçu de la situation (internalité, A-E), de favoriser l'élaboration de stra-

tégies d'ajustement actives face à l'adversité (optimisme, internalité, SOC, A-E, facteurs C, E et O) ou d'augmenter le soutien social reçu et perçu (affectivité positive, facteur E), ces divers processus étant généralement bénéfiques pour la santé physique et mentale (Carver et Connor-Smith, 2010 ; Ferguson, 2013). Ces processus seront décrits au chapitre 6.

Bibliographie

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Clements, C.M., Zhu, L., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G. (2000). Optimistic cognitive styles and invulnerability to depression. In J.E. Gillham (éd.), *The Science of Optimism and Hope : Research Essays in Honor of Martin E.P. Seligman*. Radnor, PA, Templeton Foundation Press, p. 75-98

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.D. (1978). Learned Helplessness in Humans. Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., et Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Almedom, A.M. (2005). Resilience, Hardiness, Sense of Coherence, and Post-Traumatic Growth : All paths leading to « light at the end of the tunnel » ? *Journal of Loss and Trauma*, 10, 253-265.

Amirkhan, J.H. (1998). Attributions as predictors of coping and distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 9, 1006-108.

Anthony, E.J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience : An overview. In E.J. Anthony et B.J. Cohler (eds.), *The Invulnerable Child*. New York, Guilford Press, p. 3-48.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.

Antonovsky, A. (1987). *Untraveling the Mystery of Health : How People Manage Stress and Stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1990). Personality and Health. Testing the Sense of Coherence Model. In H.S. Friedman, *Personality and Disease*. Chichester, John Wiley, chap. 7, 155-177.

Antonovsky, A. (1991). The Structural Sources of Salutogenic Strenghts. In C.L. Cooper et R. Payne (eds.), *Personality and Individual Differences in the Stress Process*. Chichester, John Wiley, chap. 4, p. 67-104.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine*, 36, 725-733.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Argaman, M., Gidron, Y., Ariad, S. (2005). Interleukin-l May Link Helplessness-Hopelessness with Cancer Progression : A Proposed Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 3, 161-170

Armor, D.A. *et al.* (2002). When predictions fail : The dilemma of unrealistic optimism. In T. Gilovich, D. Griffin, et D. Kahneman (eds.) *Heuristics and Biases : The Psychology of Intuitive Judgment* (p. 334-347). New York, NY : Cambridge University Press.

Arthur, W., Graziano, W.G. (1996). The Five-Factor Model Concientiousness, and driving accident involvment. *Journal of Personality*, 64, 593-618.

Baker, L.A., Cesa, L.L., Gatz, M., Mellins, C. (1992). Genetic and environmental influences on positive and negative affect. Support for a two-factor theory. *Psychological Aging*, 7, 158-163.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy : toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1988). Self-Efficacy Mechanism in Physiological Activation and Health Promoting behavior, in J. Madden et J. Barchas (eds.), *Adaptation, Learning, and Affect*, New York, Raven.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : Freeman.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares, T. Urdan (eds.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, Information Age Publishing Inc., chap. 14, p. 307-337.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, De Boeck.

Bartone, P.T. (1991). Development and validation of a short hardiness measure. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Society, Washington, DC.

Bartone, P.T. (2007). Test-retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief hardiness scale. *Psychological Reports*, 101, 943-944.

Bartone, P.T., Roland, R.R., Picano, J.J., Williams, T.J. (2008). Psychological Hardiness predicts success in US Army Special Forces candidates. *International Journal of Selection and Assessment*, 16, 1, 78-81.

Baudin, N. (2009). Le noyau de l'évaluation de soi : revue de question. *Pratiques psychologiques*, 15, 137-150.

Beasley, M., Thompson, T., Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress : the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.

Beauvois, J.L. (1984). *La psychologie quotidienne*. Paris, PUF.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, International Universities Press.

Benyamini, Y. (2005). Can high optimism and high pessimism co-exist ? Findings from athritis patients coping witth pain. *Personality and Individual Differences*, 38, 6, 1463-1473.

Beretvas, N.S., Suizzo, M.A., Durham, J.A., Yarnell, L.M. (2008). A reliability generalization study of scores on Rotter's and Nowicki-Strickland's Locus of Control scales. *Educational and Psychological Measurement*, 68, 1, 97-119.

Bermudez, J. (1999). Personality and Health-Protective Behavior. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.

Bishop, G.D. (1993). The Sense of Coherence as a Resource of Dealing with Stress. *Psychologia*, 36, 259-265.

Black, K., Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14, 1, 33-55.

Bleil, M.E., Pasch, L.A., Gregorich, S.E., Millstein, S.G., Katz, P.P., Adler, N.E. (2012). Fertility Treatment response : Is it better to be more optimistic or less pessimistic ? *Psychosomatic Medicine*, 74, 2, 193-199.

Bogg, T., Roberts, B.W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors : A meta-analysis of the leading contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 6, 887-919.

Bonanno, G., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M. Sonnega, J., Carr, D., Nesse, R.M. (2002). Resilence to loss and chronic grief : prospective study from preloss to 18-months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 5, 1150-1164.

Boniwell, I. (2011). L'éducation positive : apporter le bien-être aux enfants et aux jeunes, in C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (éd.), *Traité de psychologie positive*, chap. 26, p. 540-555.

Booth-Kewley, S., Vickers, R.R. (1994). Associations Between Major Domains of Personality and Health Behavior. *Journal of Personality*, 62, 3, 281-289.

Bowlby, J. (1971). *Attachment and loss : Attachment*. Harmondsworth, UK, Pelican Books.

Boyle, G.J. (2008). Critique of the five-factor model of personality. *Humanities and Social Sciences Papers*, paper 297. *http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/297*

Bremer, B.A., Moore, C.T., Bourbon, B.M., Hess, D.R. et Bremer, K.L. (1997). Perceptions of control, physical exercise, and psychological adjustment to breast cancer in South African women. *Annual Behaviour Medicine*, 19, 1, 51-60

Brewer, N.T., Weinstein, N.D., Cuite, C.L., Herrington, J.E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 125-130.

Brody, N. (1994). Heritability of Traits. *Psychological Inquiry*, 5, 117-119.

Brosschot, J.F., Gebhardt, W.A., Godaert, G.L. (1994). Internal, powerful others and chance locus of control : relationships with personality, coping, stress and health. *Personality and Individual Differences*, 16, 839-852.

Brown, J.E., Butow, P. N., Culjak, G., Coates, A. S., et Dunn, S. M. (2000). Psychosocial predictors of outcome : Time to relapse and survival in patients with early stage melanoma. *British Journal of Cancer*, 83, 1448-1453.

Campbell-Sills, L., Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) : validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 6, 1019-1028.

Carr, A. (2005). *Positive Psychology. The science of happiness and human strenghts*. London, Routledge.

Carton, S., Jouvent, R., Wildöcher, D. (1994). Sensation-seeking, nicotine dependence, and smoking motivation in female and male smokers. *Addictive Behaviors*, 19, 3, 219-227.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Carver, C.S., Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.

Carver, C.S., Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, Cambridge University Press.

Carver, C.S., Scheier, M.F., Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

Chamberlain, K., Quintard, B. (2001). Les déterminants psychosociaux de l'ajustement au diabète. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris, Dunod, chap. 5, p. 93-112.

Chang, E.C., D'zurilla, T.J., Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the Dimensionality of Optimism and Pessimism Using a Multimeasure Approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 2, 143-160.

Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A., D'Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs : Relations to positive and negative affectiveity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.

Chapman, B.P., Fiscella, K., Kawachi, I., Duberstein, P.R. (2010). Personality, socioeconomic status, and all-cause mortality in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 171, 1, 83-92.

Chapman, B.P., Roberts, B., Duberstein, P.R. (2011). Personality and longevity : knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *Journal of Aging Research*, article ID 759170.

Chatzisarantis, N.L.D., Hagger, M.S. (2008). Influences of personality traits and continuation intentions on physical activity participation within the theory of planned behavior. *Psychology and Health*, 23, 347-367.

Chida, Y.C., Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality : A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 7, 741-756.

Chida, Y., Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors : a systematic review and meta-analysis. *Biological Psychology*, 80, 3, 265-278.

Cohen, M., Ben-Zur, H., Rosenfeld, M.J. (2008). Sense of Coherence, Coping Strategies, and Test Anxiety as Predictors of Test Performance Among College Students. *International Journal of Stress Management*, 15, 3, 289-303

Cohen, S., Alper, C.M., Doyle, W.J., Treanor, J.J., Turner, R.B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza a virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 6, 809-815.

Cohen, S., Edwards, J.R. (1989). Personality Characteristics as Moderators of the Relationship between Stress and Disorder. In R.W.J. Neufeld (eds.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress*. New York, Wiley, chap. 7, 235-283.

Cole, M.S., Feild, H.S. (2004). Student learning motivation and psychologcial hardiness : Interactive effects on student's reactions to a management class. *Academy of Management Learning and Education*, 3, 1, 64-85.

Connor, K.M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6, suppl. 2, 46-49.

Connor, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new Resilience Scale : The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

Cottraux, J. (2007). *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Paris, Éditions Odile Jacob.

Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux 2.

Cousson-Gélie (2001). Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies*. Paris, Dunod, chap. 3, p. 47-73.

Conway, A.M., Tugade, M.M., Cartalino, L.I., Frederickson, B.L. (2011). La théorie étendre-et-développer des émotions positives : forme, fonction et mécanismes. In C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (éds.), *Traité de psychologie positive*, Bruxelles, De Boeck, chap. 17, p. 368-382.

Costa, P.T., Mc Crae, R.R. (1992a). Four Ways Five Factors are Basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-666.

Costa, P.T., Mc Crae, R.R. (1992b). Revised NEO Personality Inventory and NEO Five Factor Inventory : Professional Manual. *Psychological Assessment*, Odessa, FL, États-Unis.

Costa, P.T., Mc Crae, R.R. (2006). *Personality in adulthood, A five-factor theory perspective*, New York : Guilford.

Cox, T., Ferguson, E. (1991). Individual Differences Stress and Coping. In C.L. Cooper et R. Payne (eds.), *Personality and Stress. Individual Differences in the Stress Process*. Chichester, Wiley, chap. 2, 7-30.

Coyne, J.C., Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care : bad science, exaggerated claims, and uproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 16-26.

Crawford, J.R., Henry, J.D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS) : construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.

Cummins, R.A., Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction : the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.

Davidson, K., Prkachin, K. (1997). Optimism and unrealistic oprtimism have an interaction impact on health foramting behavior and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 617-625.

Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychological Review*, 30, 5, 479-495.

Deary, I.J., Weiss, A., Batty, G.D. (2010). Intelligence and personality as predictors of illness and death : How researchers in differential psychology and chronic disease epidemiology are collaborating to understand and address health inequalities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 2, 53-79.

DeNeve, K., et Cooper, H. (1998). The Happy Personality : A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Derogatis, L.R. (1995). *Derogatis Affects Balance Scale-Short form (DABS-SF)*. Baltimore, Clinical Psychometric Research.

DeYoung, C.G. (2010). Toward a theory of the big five. *Psychological Inquiry*, 21, 1, 26-33.

Diener, E. (2009). *Assessing Wellbeing : The Collected Works of Ed Diener*. New York, Springer.

Diener, E., Larsen, R.J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis, J.M. Haviland (éd.), *Handbook of emotions*. New York, Guilford, p. 405-415.

Digman, J.M. (1996). The curious history of the five-factor model. In J.S. Wiggins (ed.), *The five-factor model of personality : Theoretical perspectives* (p. 1-20). New York, Guilford Press.

Dishion, T.J., Connell, A. (2006). Adolescent's Resilience as a self-regulatory process. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094, 125-138.

Dockray, S., Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neurosciences and Biobehavioral Reviews*, 35, 1, 69-75.

Drolet, G., Dumont, E.C., Gosselin, I., Kinkead, R., Laforest, S., Trottier, J.F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 729-741.

Dubois, N. (2009). Les différents biais relatifs au contrôle, in Y. Paquet (éd.), *Psychologie du contrôle. Théories et applications*. Bruxelles : De Boecke, chap. 2, p. 27-49.

Duquette, A., Kérouac, S., Sand, B.K., Saulnier, P., Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. *Santé Mentale au Québec*, 22, 2, 257-278.

Eaton, N.R., Krueger, R.F., South, S.C., Gruenewald, T.L., Seeman, T.E., Roberts, B.W. (2012). Genes, Environments, Personality, and Successful Aging : Toward a Comprehensive Developmental Model in Later Life. *Journal of Gerontology*, 67, 5, 480-488.

Egloff, B., Schmulke, S.C., Burns, L.R., Kohlmann, C.W., Hock, M. (2003). Facets of dynamic positive affect : differentiating joy, interest and activation in the positive and negative affect schedule, *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 3, 528-540.

Eriksson, M., Linström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale : a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.

Eriksson, M., Linström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health : a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.

Eriksson, M., Linström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life : a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938- 944

Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., Kivima, M. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale : Prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*, 16, 483-493.

Ferguson, E. (1993). Rotter's Locus of Control Scale. A ten-item two factor model. *Psychological Reports*, 73, 2, part 2, 1267-1278.

Ferguson, E., Bibby, PA. (2012) Openness to experience and all-cause mortality : a meta-analysis and r (equivalent) from risk ratios and odds ratios. *British Journal of Health Psychology*, 17, 1, 85-102.

Ferguson, E. (2013). Personality is of central concern to understand health : towards a theoretical model for health psychology. *Health Psychology Review*, 7, Sup. 1, S32-S70. *http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2010.547985*

Fiske, D.W. (1994). Two Cheers for the Big Five ! *Psychological Inquiry*, 5, 123-124.

Flensborg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2005 a). Sense of Coherence and physical health : A review of previous findings. *The Scientific World Journal*, 5, 665-673.

Flensborg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2005 b). Why is Antonovsky Sense of Coherence not correlated to physical health ? Analysing Antonovsky's 29-item Sens of Coherence Scale (SOC-29). *The Scientific World Journal*, 5, 767-776.

Flensborg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2006). Sense of coherence and health. The construction of an amendment to Antonovsky's sense of coherence scale (SOC II). *The Scientific World Journal*, 6, 2133-2139.

Folkman, S. (2008). The case of positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21, 1, 3-14.

Fortin J., Bigras M. (2000). La résilience des enfants : facteurs de risque, de protection et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques*, 1, 49-63.

Fraser, E., Pakenham, K.I. (2009). Resilience in children of parents with mental illness : relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, Health and Medicine*, 14, 5, 573-584.

Fredrickson, B.L., Cohn, L.A. (2008). Positive emotions, in M. Lewis, J.M. Haviland-Jones et L. Feldman Barrett (eds.), *Handbook of emotions*, New York : Guildford, chap. 48, p. 777-796.

Fredrickson, B.L., et Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191-220.

Friedman, H.S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 668-675.

Friedman, H.S., Kern, M.L., Reynolds, C.A. (2010). Personality and Health. *Subjective Well-Being, and Longevity*, 78, 1, 179-216.

Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Martin, L.R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D.L., Criqui, M.H. (1995). Childhood Conscientiousness and longevity : Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-703.

Friedman, H.S., Tucker, J.S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J.E., Wingard, D.L., Criqui, M.H. (1993). Does childhood personality predict longevity ? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176-185.

Friedman, H.S. (1990). Where is the Disease-Prone Personality ? Conclusion and Future Directions, in H.S. Friedman (ed.), *Personality and Disease*. New York, Wiley, chap. 12, 283-292.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Funk, S.C. (1992). Hardiness. A review of theory and research. *Health Psychology*, 11, 5, 335- 345.

Furnham, A., Steele, H. (1993). Measuring Locus of Control. A critique of General, Children, Health – and Work – Related Locus of Control Questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84, 443-479.

Garcia, D., Archer, T., Moradi, S., Andersson-Artén, A.C. (2012). Exercise frequency, high activation positive affect, and psychological well-being : beyond age, gender, and occupation. *Psychology*, 3, 4, 328-336.

Gerend, M.A., Aiken, L.S., West, S.G. (2004). Personality factors in older women's perceived susceptibility to diseases of age. *Journal of Personality*, 72, 243-270.

Geyer, S. (1997). Some Conceptual Considerations on the Sense of Coherence. *Social Sciences and Medicine*, 44, 2, 1771-1779.

Gilliard, J., Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Development and validation of a multidimensional smoking behavior questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 89, 499-509.

Gillirand, R., Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal of Health Psychology*, 11, 155-169.

Giltay, E.J., Zitman, F.G., et Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up : The Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91, 45–52.

Goodwin, R.D., Friedman, H.S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11, 5, 643-654.

Golby, J., Sheard, M. (2004). Mental thoughness and hardiness at different levels of rugby league. *Personality and Individual Differences*, 37, 933-942.

González-Gutiérrez, J.L., Moreno Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Peñacoba Puente, C. (2005). Personality and subjective well-being : big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences*, 38, 1561-1569.

Grant, N., Wardle, J., Steptoe, A. (2009) The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior : A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 3, 259-268.

Grassi, L., Right, R., Sighinolfi, L., Makoui, S., Ghinelli, F. (1998). Coping styles and psychosocial related variables in HIV infected patients. *Psychosomatics*, 39, 350-359.

Graves, K.D. (2003). Social cognitive theory and cancer patients' quality of life : a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychology*, 22, 2, 210-219.

Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.

Griffin, M.J., Chen, E. (2006). Perceived control and immune and pulmonary outcomes in children with asthma. *Psychosomatic Medicine*, 68, 493-499.

Guellati, S. (2000). Le concept d'optimisme en psychologie de la santé. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 10, 1, 5-12.

Guerrero, S. (2000). Albert Bandura et l'efficacité personnelle : le bilan de 20 années de recherches. Actes du Congrès ASAC-IFSAM 2000, Montréal, Québec, Canada.

Gwaltney, C.J., Shiffman, S., Balabanis, M.H. et Paty, J.A. (2005). Dynamic self-efficacy and outcome expectancies : Prediction of smoking lapse and relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 661-675.

Halpert, R., Hill, R. (2011). *The Locus of Control Construct's Various Means of Measurement : A researcher's guide to some of the more commonly used Locus of Control scales*. Beach Haven, Will to Power Press. *www.teachinternalcontrol.com*

Han, W.T., Collie, K., Koopman, C., Azarow, J., Classen, C., *et al.* (2005). Breast cancer and problems with medical interactions : traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. *Psycho-Oncology*, 14, 318-330.

Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.

Henson, R.K. (2001). Understanding internal consistency reliability estimates : A conceptual primer on coefficient alpha. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 177-189.

Hodnett, E.D. (2002). Women's satisfaction with the experience of childbirth : A systematic review. *American Journal of Obstetrical Gynecology*, 186, S160-172.

Hoehn, A.K. (1998). The relationship between family sense of coherence and family quality of life after illness diagnosis. In H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson, *et al.* (eds.), *Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resiliency*. Thousand Oaks : Sage Publications, 169-187.

Hoffman, D.L., Novak, T.P., Schlosser, A.E. (2003) Locus of Control, Web Use, and Consumer Attitudes Toward Internet Regulation. *Journal of Public Policy et Marketing*, 22, 1, 41-57.

Horner, K.L. (1998). Individuality in Vulnerability. Influences on Physical Health. *Journal of Health Psychology*, 3, 1, 71-85.

Hou, W.K., Law, C.C., Yin, J., Fu Y.T. (2010). Resource Loss, resource gain and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis : a growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 29, 5, 484-495.

Huffman, J.C., et 14 autres auteurs (2005). Dispositional optimism and mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 86-97.

Huffman, J.C., Mastromauro, C.A., Boehm, J.K., Seabrook, R., Fricchione, G.L., Denninger, J.W., Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart International*, 6, e13, 47-54.

Huntley, F.L., Palmer, E.J., Wakeling, H.C. (2012). Validation of an Adaptation of Levenson's Locus of Control Scale With Adult Male Incarcerated Sexual Offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 24, 1, 46-63.

Hurrell, J.J., Murphy, L.R. (1991). Locus of Control, Job Demands and Health. In C.L. Cooper et R. Payne (eds.), *Personality and Stress : Individual Differences in the Stress Process*, Chichester, John Wiley, chap. 6, 133-149.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Janne, P., Tordeurs, D., Michaux, G., Ghislain, M.C., Mazy, S., De Wispelaere, J.F., Libert, Y., Reynaert, C. (2001). Le cancer du sein et son approche psychologique : la famille, les autres, la chance et… moi. *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 29, 28-33.

Jerusalem, M., Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (ed.), *Self-efficacy : Thought control of action* (p. 195-213). Washington DC, Hemisphere.

Jingping, X., Roberts, R.E. (2010). The power of positive emotions : it's a matter of life or death-subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, 29, 1, 9-19.

Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression and anxiety in child and adolescents psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 401-409.

Jokela, M., Batty, G.D., Nyberg, S.T., Virtanen, M., Nabi, H., Singh-Manoux, A., Kivimäki, M. (2013). Personality and all-cause mortality : Individual-participant meta-analysis of 3 947 deaths in 76 150 adults. *American Journal of Epidemiology*, 178, 667-675.

Judge, T.A., Bono, J.E. (2001). Relationship of core self-evaluation traits – Self Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability – with job performance : A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1, 80-92.

Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., Thorensen, C.J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct ? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 3, 693-710.

Judge, T.A., Jackson, C.L., Shaw, J.C., Scott, B.A., Rich, B.L. (2007). Self-efficacy and work related performance : The integral role of individual differences. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1, 107-127.

Jutras, S. (1987). L'IPAH, version canadienne-française de l'Échelle de Levenson, mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Canadian Journal of Behavior Science*, 19, 74-85.

Kaddour, J. (2003). L'endurance psychologique (*hardiness*) : aspects définitoires, nomologiques et critiques. *European Review of Applied Psychology*, 53, 3-4, 227-238.

Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J.D., Block, G., et Humphreys, M.H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 12, 2797-2806.

Kardum, I., Hudek-Knezevic, J. (2012). Relationship between five-factor personality traits and specific health-related personality dimensions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 3, 373-387.

Katz, P.P., Yelin, E.H. Eisner, M.D., Blanc, P.D. (2002). Perceived control of asthma and quality of life among adults with asthma. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 89, 251-258.

Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology, Nebraska Symposium on Motivation, 15, 192-238.

Kemeny, M.E., Shestyuk, A. (2008). Emotions, the Neuroendocrine and Immune Systems, and Health, in, M. Lewis, J.M. Haviland-Jones et L. Feldman Barrett (eds.), *Handbook of emotions*. New York, Guilford, chap. 41, p. 661-675.

Kern, M.L. Friedman, H.S. (2008). Do Conscientious Individuals Live Longer ? A Quantitative Review. *Health Psychology*, 27, 5, 505-512.

Kim, J., Hatfield, E. (2004). Love types and subjective well-being : A cross-cultural study. *Social Behavior and Personality*, 32, 2, 173-182.

Klag, S., Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness : An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*, 9, Pt2, 137-161

Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health : an Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1, 1-11.

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.

Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Puccetti, M.C., Zola, M.A. (1985). Effectiveness of Hardiness, Exercise and Social Support as Resources against Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 525-533.

Koleck, M. (2001). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies*, Paris : Dunod, chap. 4, p. 75-92.

Kravetz, S., Drory, Y., Florian, V. (1993). Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 7, 233-244.

Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P. *et al.* (2004). Optimism and pessimism in the context of health : bipolar opposites or separate constructs ? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 3, 943-956.

Kupferschmidt, A.L. (2009). *Psychological resilience in spousal caregivers of memory clinic patients with Alzheimer disease*, Master of Art in Gerontology, Simon Fraser University Library, Burnaby, BC, Canada.

Lang, F.R., John, D., Ludtke, O., *et al.* (2011). Short assessment of the Big Five : robust across survey methods except telephone interviewing. *Behavioral Research Methods*, 43, 2, 548-567.

Larsen, R.J., Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. In M. S. Clark (éd.), *Emotion* (p. 25-59). Thousand Oaks, Sage.

Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion : A new synthesis*. London, Free Association Books.

Lazarus, R.S. (2003). Does the positive psychology have legs ? *Psychological Inquiry : An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 14, 2, 93-109.

Larsen, R.J., et Buss, D.M. (2002). *Personality psychology : Domains of knowledge about human nature*. New York, McGraw-Hill.

Larsson, G., Kallenberg, K. (1999). Dimensional Analysis of Sense of Coherence Using Structural Modelling. *European Journal of Personality*, 13, 151-61.

Lecomte, J. (dir.) (2009). *Introduction à la psychologie positive*, Paris, Dunod.

Lefcourt, H.M. (1984). *Research with the Locus of Control Construct*, vol. 3 : *Extensions and Limitations*. New York, Academic Press.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., et Bonnaud-Antignac, A. (2011). Post-traumatic growth in long term breast cancer survivors : relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17, 5, 627-639.

Lemos-Giraldez, S., Fidalgo-Aliste, A.M. (1999). Personality Dispositions and Health-Related Habits and Attitudes. A Cross-Sectional Study. *European Journal of Personality*, 11, 3, 197-209.

Levenson, H. (1973a). Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.

Levenson, H. (1973b). Perceived Parental Antecedents of Internal, Powerful Others, and Chance Locus of Control Orientations. *Developmental Psychology*, 9, 260-265.

Levenson, H. (1974). Activism and Powerful Others. Distinctions within the Concept of Internal-External Control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.

Levenson, H. (1981). Differentiating among Internality, Powerful Others and Chance. In H.M. Lefcourt (ed.), *Research with the Locus of Control Construct*, vol. 1 : *Assessment Methods*. New York, Academic Press, 15-63.

Levenson, H., Miller, J. (1976). Multidimensional locus of control in socio-cultural activists of conservative and liberal ideologies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 1-208.

Lin, C.C., Tsay, H.F. (2005). Relationship among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taïwanise cancer patients. *Psycho-Oncology*, 14, 5, 376-38.

Linde, J.A., Rothman, A.J., Baldwin, A.S., Jeffery, R.W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25, 3, 282-291.

Loas, G., Dardennes, R., Dhee-Perot, P. et Leclerc, V. (1994). Opérationnalisation du concept de « lieu de contrôle » : traduction et première étude de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC : The internal, powerful others, and chance scale). *Annales médico-psychologiques*, 152, 466-469.

Loehlin, J.C. (1992). *Genes and Environment in Personality Development*. Newbury Park, Sage.

Lopez McKee, G., McNeill, J.A., Bader, J., Morales, P. (2008). Comparison of factors affecting repeat mammography screening of low income mexican american women. *Oncology Nursing Forum*, 5, 6, 941-947.

Lowe, R., Cockshott, Z., Greenwood, R., Kirwan, J.R., Almeida, C., Richards, P., Hewlett, S. (2008). Self-efficacy as an appraisal that moderates the coping-emotion relationship : Associations among people with rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*, 23, 2, 155-174.

Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health : Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science and Medicine*, 44, 821-831.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., et Schwarzer, R. (2005b). General self-efficacy invarious domains of human functioning : Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.

Luszczynska, A., Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination : A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health*, 18, 93-108.

Luszczynska, A., Schwarzer, R. (2005a). Multidimensional Health Locus of Control : Comments on the Construct and its Measurement. *Journal of Health Psychology*, 10, 5, 633-642.

Luthar, S.S. (2006). Resilience in development : A synthesis of research across five decades, in D. Cicchetti and D.J. Cohen (eds.), *Developmental Psychopathology* (2nd ed.), vol 3 : *Risk, Disorder, and Adaptation*. New York, Wiley, p. 740-795

Luthar, S.S., Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience : Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 4, 857-885.

Luthar, S.S., Sawyer, J.A., Brown, P.J. (2006). Conceptual issues in study of resilience. *Annals of New York Axcademy of Sciences*, 1094, 105-115.

Lykken, D.T., Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.

Maddi, S.R. (1987). Hardiness training at Illinois Bell Telephone. In J.P. Opatz (ed.), *Health promotion evaluation*. Stephens Point, National Wellness Institute.

Maddi, S.R. (1990). Issues and interventions in stress mastery. In H.S. Friedman (ed.), *Personality and disease*. New York, Wiley.

Maddi, S.R. (2002). The story of hardiness : Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal*, 54, 173-185.

Maddi, S.R., Khoshaba, D.M., Harvey, R., Lu, J., et Persico, M. (2001). The personality construct of hardiness, II : Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 36, 72-85.

Maddi, S.R., Kobasa, S.C. (1984). *The hardy executive : Health under stress*. Homewood, IL : Dow Jones-Irwin.

Maddi, S.R., Harvey, R.H., Khoshaba, D.M., Lu, J.L., Persico, M. Brow, M. (2006). The Personality Construct of Hardiness, III : Relationships With Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. *Journal of Personality*, 74, 2, 575-597.

Manne, S., Schnoll, R. (2001). Measuring cancer patients' distress and well-being : a factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychological Assessment*, 13, 1, 99-109.

Marks, R., Allegrante, J.P. (2005). Synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability : implications for health education practice. *Health Promotion Practice*, 6, 2, 148-156.

Marshall, M., Lockwood, A., Bradley, C., Adams, C., Joy, C., Fenton, M. (2000). Unpublished rating scales : A major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 249-252.

Marsland, A.L., Cohen, S., *et al.* (2005). Trait positive affect and antibody response to hepatitis B vaccination. *Brain, Behavior, and Immunity*, 20, 3, 261-269.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Martin, L.R., Friedman, H.S., Tucker, J.S., Tomlinson-Keasey, C., Criqui, M.H., et Schwartz, J.E. (2002). A life course perspective on childhood cheerfulness and its relation to mortality risk. *Personality et Social Psychology Bulletin*, 28, 1155-1165.

Martin, R.A. (2001). Humor, laughter, and physical health : Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504- 519.

Martin-Krumm, C. (2012). L'optimisme : une analyse synthétique. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 93, 103-134.

Martin-Krumm, C., Tarquinio, C. (2011). *Traité de psychologie positive*, Bruxelles, De Boeck.

Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.

Masten, A.S. (2001). Ordinary magic : Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 3, 227-238.

Matthews, G., Deary, I.J., et Whiteman, M. (2009). *Personality traits* (3e éd.). Cambridge, Cambridge University Press.

McAllister, M., McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines : A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29, 371-379.

Mc Crae, R.R., Costa, P.T. Jr. (1996). Toward a New Generation of Personality Theories : Theoretical Contexts for the Five-Factor Model, in J.S. Wiggins (ed.), *The Five-Factor Model of Personality. Theoretical Perspectives*, New York, Guilford, 51-87.

McCrae, R.M., John, O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 2, 175-215.

McMath, B.F., Prentice-Dunn, S. (2005). Protection Motivation Theory and Skin Cancer Risk : The Role of Individual Differences in Responses to Persuasive Appeals. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 3, 621 -643.

McNair, D.M., Lorr, M., et Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, Educational and Industrial Testing Services

Michaud, P.A. (1999). La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention. *Archives Pédiatriques*, 6, 827-831.

Miller, S.M., Mangan, C.E. (1983). Interacting Effects of Information and Coping Style in Adapting to Gynecologic Stress : Should the Doctor Tell All ? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-226.

Mirowsky, J., Ross, C.E. (1990). Control or Defense ? Depression and the Sense of Control over Good and Bad Outcomes. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 71-86.

Molloy, G.N., Wolstencroft, K., King, N.J. *et al.* (1997). Locus of control of smokers, nonsmokers, and nonpracticing smokers. *Psychological Reports*, 81, 3, 781-782.

Moritz, S.E., Feltz, D.L., Fahrbach, K.R. (2000). The relation of self-efficacy measures to sport performance : A meta-analytic review. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71, 3, 280-294.

Myers, D.G., Diener, E. (1995). Who is happy ? *Psychological Science*, 6, 1, 10-17.

Natwik, S., Bjorvatn, B., Moen, B.E., Magerøy, N. (2011). Personality factors related to shift work tolerance in two and three shift-workers. *Applied Ergonomics*, 42, 719-724.

Neipp, M.C., López-Roig, S., Pastor, A. (2007). Control beliefs in cancer : A litterature review. *Anuario de Psicología*, 38, 3, 333-355.

Ng, S.K.S., Chau, A.W.L., Leung, W.K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, 32, 227-235.

Nicholson, R.A., Houle, T.T., Rhudy, J.L., Norton, P.J. (2007). Psychological risk factors in headache, *Headache* 47, 3, 413-426.

Nilsson, U. (2008). The anxiety and pain-reducing effects of music interventions : a systematic review. *AORN Journal*, 87, 4, 780-07.

Nowack, K.M. (1990). Initial development of an inventory to assess stress and health risk. *American Journal of Health Promotion*, 4, 173-180.

Nuissier, J. (1994). Le contrôle perçu et son rôle dans les transactions entre individus et événements stressants. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (éds.), *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, PUF, chap. 3, 67-97.

Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 4, 730-749.

Osborn, C.Y., Cavanaugh, K., Wallston, K.A., Rothman, R.L. (2010). Self-efficacy links health literacy and numeracy to glycemic control. *Journal of Health Communication*, 15, supp. 2, 146-158.

Paquet, Y. (2009). Les différents construits de la notion de contrôle. In Y. Paquet (éd.), *Psychologie du contrôle. Théories et applications*. Bruxelles, De Boecke, p. 7-26.

Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health. In J.E. Gillham (ed.), *The science of optimism and hope : Research essays in honor of Marin E.P. Seligman*. Radnor, Templeton Foundation Press, p. 145-161.

Peterson, C., Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as risk factors for depression : Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.

Peterson, C., Seligman, M.E.P., Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness : A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.

Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Seligman, M.E.P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy Research*, 6, 287-299.

Peterson, C., Villanova, P. (1988). An Expanded Attributional Style Questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 87-89.

Phares, E.J. (1987). Locus of Control. In R.J. Corsini (ed.), *Concise Encyclopedia of Psychology*. New York, Wiley.

Pines, M. (1979). Superkids. *Psychology Today*, 13, 53-63.

Plomin, R., Scheier, M.F., Bergeman, C.S., Pedersen, N.L., Nesselroade, J.R., et McClearn, G. E. (1992). Optimism, pessimism, and mental health : A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13, 8, 921-930.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Ploubidis, G.B., Grundy, E. (2009). Personality and all cause mortality : evidence for indirect links. *Personality and Individual Differences*, 47, 3, 203-208.

Posadzski, P., Stockl, A., Musonda, P., Tsouroufli, M. (2010). A mixed approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy, and optimism : towards the operationalization of postive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2010, 51, 246- 252.

Posner, J., Russell, J.A., Peterson, B.S. (2005). The circumplex model of affect : An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 17, 3, 715-734.

Pressman SD, Cohen S. (2005). Does positive affect influence health ? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.

Presson, P.K., Clark, S.C., Benassi, V.A. (1997). The Levenson Locus of Control scales : confirmatory factor analyses and evaluation. *Social Behavior and Personality : An International Journal*, 25, 1, 93-104.

Proschaska J., Di Clemente, C.C. (2005). *The Transtheoretical Approach*, in J.C. Norcross et M.R. Goldfried (eds.), *Psychotherapy Integration*, New York, Oxford University Press, p. 147-170. *Grossing the Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood, IL.

Rammstedt B, John OP. (2007). Measuring personality in one minute or less : a 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 1, 203-212

Rascle, N., Boujut, E., Idier, L. (2009). Contrôle et santé. In Y. Paquet, *Psychologie du contrôle. Théories et applications*, Bruxelles, De Boeck, chap. 6, p. 114-129.

Rasmussen, H.N., Scheier, M.F., Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and Physical health : A Meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 3, 239-256.

Renner, B. (1993). *A study of the determinants of the optimistic bias*. Thèse de doctorat en psychologie, Institut de psychologie, Université libre de Berlin.

Renner, B., et Schwarzer, R. (2004). Social-cognitive factors predicting health behavior change. In J. Suls et K. Wallston (eds.), *Social psychological foundations of health and illness*. Oxford, UK, Blackwell.

Reynaert C., Janne P., Bosly A., Lejeune D. (1995). From Health Locus of Control to Immune Control : Internal Locus of Control Has a Buffering Effect on Natural Killer Cell Activity Decrease in Major Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 294-300.

Roberts, B.W., Kuncel, N.R., Shiner, R., Caspi, A., et Goldberg, L.R. (2007). The power of personality : The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives in Psychological Science*, 2, 313-345.

Rodin J., Salovey P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.

Rolland, J.P. (1998). *Adaptation française du NEO Pi-R. Manuel du NEO Pi-R*, Paris, ECPA.

Rompell, M., Herrmann-Lingen, C., Wachter, R., Edelmann, F., Düngen, H.D., Pieske, B., Grande, G. (2013). A short form of the General Self-Efficacy Scale

(GSE-6) : Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *Psycho-Social-Medicine*, 10, Doc 01. *www.egms.de/en/journals/psm/2013-10/psm000091.shtml*

Rossier, J., Rigozzi, C. et Berthoud, S. (2002). Validation of the French translation of the Levenson's Locus of Control scale (IPC). Influence of demographic variables and personality. *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 138-148.

Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1, 1-28.

Rotter, J.B. (1975). Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal Versus External Reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.

Rotter, J.B. (1990). Internal Versus External Locus of Control of Reinforcement. *American Psychologist*, 45, 489-493.

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter, M. (1994). La résilience, quelques considérations théoriques. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez et W. Bettschart (éds.), *Préadolescence : théorie, recherche et clinique*. Paris, ESF.

Rutter, M. (2008). Developing concepts in developmental psychopathology. In J.J. Hudziak (éd.), *Developmental psychopathology and wellness : Genetic and environmental influences*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, p. 3-22.

Salama-Younes, M., Martin-Krumm, C., Le Foll, D., Roncin, C. (2008). Qualités psychométriques du questionnaire d'évaluation du mode explicatif des enfants. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 40, 3, 178-184.

Samuel, D.B., Widiger, T.A. (2008). A Meta-analytic review of the relationship between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders : A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 8, 1326-1342.

Sánchez, J.A., Hernández, N.P., Penagos, J.C., Ostróvskaya, Y. (2006). *Conveying mood and emotion in instant messaging by using a two-dimensional model for affective states*, Actes du Symposium on Human Factors on Computing Systems (IHC), 19-22 nov. 2006, Natal, Brésil.

Sarafino, E.P., Smith, T.W. (2011). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. Chichester, Wiley, 7e éd.

Sarkar, U., Ali, S., Whooley, M.A. (2007). Self-Efficacy and health status in patients with coronary heart disease : Findings from the Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 4, 306-312.

Sarkar, U., Ali, S., Whooley, M.A. (2009). Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease : Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychology*, 28, 2, 166-173.

Saulsman, L.M., Page, A.C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 8, 1055-1085.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Scheier, M.F., et Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health : Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 3, 219-247.

Scheier, M.F., et Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being : Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 2, 201-228.

Scheier, M.F., et Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking : The benefits of being optimistic. *American Psychological Society*, 2, 1, 26-30.

Scheier, M.F., et Carver, C.S., Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem) : A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 6, 1063-1078.

Scheier, M.F., et Carver, C.S., et Bridges, M.W. (2002). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E.C. Chang (ed.), *Optimism and pessimism : Implications for theory, research, and practice* (p. 189-216). Washington DC, APA.

Scheier, M.F., Matthews, K.A., Carver, C.S. (1989). Dispositional Optimism and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

Schou, I., Ekeberg, O., et Ruland, C.M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism–pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718-727.

Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. In R. Schwarzer (eds.), *Self Efficacy : Thought Control of Action*, Washington DC, Hemisphere, 217-243.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, Vulnerability and Self-Beliefs as Health-Related Cognitions. A Systematic Overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N.E., Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39, 807-818.

Schwarzer, R., Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and *burnout* : Mediation analyses. *Applied Psychology : An International Review*. Special Issue : Health and Well-Being, 57, 152-171.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, et M. Johnston (eds.), *Measures in health psychology : A user's portfolio. Causal and control beliefs* (p. 35-37). Windsor, UK : NFER-Nelson.

Schwarzer, R., Scholz, U. (2000). Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology : Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan.

Seeman, T.E. (1991). Personal Control and Coronary Artery Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 6, 661-669.

Segrestan, C., Cousson-Gélie, F., Bussières, E. (2005). Contrôle externe et impuissance/désespoir : impact sur l'ajustement à une biopsie mammaire et

au diagnostic de cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 292-295.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness : On Depression, Development, and Death*. San Francisco, Freeman.

Seligman, M.E.P. (1991). *Learned optimism*. New York, Knopf.

Seligman, M.E.P. (1999). The President's Address. 1998 APA Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.

Seligman, M.E.P. (2008). *La force de l'optimisme*. Paris, InterEditions-Dunod.

Seligman, M.E.P. (2011). *La fabrique du bonheur. Vivre les bienfaits de la psychologie positive au quotidien*. Paris, InterEditions.

Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y., Semmel, A., et Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.

Shiffman, S., Balabanis, M.H., Paty, J.A., Engberg, J., Gwaltney, C.J., Liu, K.S. (2000). Dynamic effects of self efficacy on smoking lapse and relapse. *Health Psychology*, 19, 315-323.

Shipley, A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M.D., Deary, I.J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK health and lifestyle survey : a 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 9, 923-931.

Sinclair, R.R., Tetrick, L.E. (2000). Implications of item wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. *Journal of Research in Personality*, 34, 1-25.

Shatté, A.J., Becker, D.M. (2011). Résilience au travail. In C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (éd.), *Traité de psychologie positive*. Bruxelles, De Boeck, chap. 29, p. 598-620.

Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale : Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.

Smith, T.W., MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467.

Solberg Nes, L., et Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping : A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235–251.

Spector, P.E., Cooper, C.L., Sanchez, J.I., O'Driscoll, M., Sparks, K. (2002). Locus of Control and Well-Being at work : How generalizable are western findings ? *Academy of Management Journal*, 45, 2, 453-466.

Srivastava, S., McGonigal, K.M., Richards, J.M., Butler, E.A., et Gross, J.J. (2006). Optimism in close relationships : How seeing things in a positive light makes them so. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 143-153.

Steel, P., Schmidt, J., Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134, 1, 138-161.

Steptoe, A, Dockray, S., Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77, 6, 1747-1776.

Steptoe, A., Gibson, E.L., Hamer, M., Wardle, J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 56-64.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Steptoe, A., Wardle, J. (2001) Locus of control and health behaviour revisited : a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92, 659-672.

Steptoe, A., Wardle, J., Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes, Proceedings of the National Academy of Sciences, 102, 18, 6508-6512. *www.pnas.org_cgi_doi_10.1073_pnas.0409174102*

Stone, A.A., Neale, J.M., Cox, D.S., et Napoli, A. (1994). Daily events are associated with a secretory immune response to an oral antigen in men. *Health Psychology*, 13, 440-418.

Strickland, B.R. (1989). Internal-external control expectancies. From contingency to creativity. *American Psychologist*, 44, 1-12.

Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *Journal of American Medical Association* (JAMA), 303, 12, 1159-1166.

Strumpfer, D.J.W., Viviers, M.R., Gouws, J.F. (1998). Item Phrasing in Antonovshy's Sense of Coherence Scale Related to Negative and Positive Affectivity. *Personality and Individual Differences*, 24, 5, 669-675.

Strürmer, T., Hasselbach, P., Amelang, M. (2006). Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer : Follow-up of population based cohort. *British Medical Journal*, 332, 7554, 1359.

Sultan, S., Bureau, B. (1999). Quel optimisme dans le champ de la santé ? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 49, 1, 43-50.

Surtee, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.T., Day, N. (2003). Sense of Coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 158, 12, 1202-1209.

Surtee, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.T., Day, N. (2006). Mastery, Sense of Coherence, and Mortality : Evidence of Independent Associations From the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Health Psychology*, 25, 1, 102-110.

Sutin, A.R., Terracciano, A., Deiana, B.,Naitza, S., Ferrucci, L.,Uda, M., *et al.* (2010). High neuroticism and low conscientiousness are associated with interleukin-6. *Psychological Medicine*, 40, 1485-1493.

Sutton, S. (2005). Stage theories of health behavior. In M. Conner et P. Norman (eds.), *Predicting health behaviors*. (2e éd., p. 223-275). Maidenhead, Open University Press.

Taylor, S.E. (1989). *Positive illusions : creative self-deception and the healthy mind*. New York, Basic Books.

Tedeschi, R.G. et Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth : Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1, 1-18.

Terracciano, A., Costa, P.T. Jr. (2004). Smoking and the five-factor model of personality. *Addiction*, 99, 472-481.

Thompson, E.R. (2007). Validation of an internationally reliable short form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 227-242.

Thompson, S., Collins, M.A. (1995). Applications of Perceived Control to Cancer : an Overview of Theory and Measurement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 1-2, 11-26.

Turiano, N.A., Mroczek, D.K., Moynihan, J., Chapman, B.P. (2013). Personality traits and interleukin-6 : Evidence for « Healthy Neuroticism » in a US population sample. *Brain, Behavior, and Immunity*, 28, 83-89.

Turner, R.J., Marino, F. (1994). Social Support and Social Structure : a Descriptive Epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 3, 193-212.

Tindle, H.A., Chang Y.F., Kuller L.H. *et al.* (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, 120, 8, 656-662.

Trottier, C. (2007). Présentation des deux principales théories nord-américaines sur l'optimisme. *STAPS*, 77, 3, 9-28.

Tugade, M.M. (2011). Emotions positives et coping : examen des modèles de résilience à double processus. In C. Martin-Krumm et C. Tarquinio (éds.), *Traité de psychologie positive*, chap. 18, p. 85-400.

Twenge, J.M., Zhang, L., Im, C. (2004). A Cross-temporal meta-analysis of increasing externality in Locus of Control, 1960-2002. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 3, 308-319.

Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38, 2, 218-235.

Üstündag Budak, M., Mocan Aydin, G. (2005). The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish colege studens. *Adolescence*, 40, 159, 559-572.

Valdimarsdottir, H.B., et Bovbjerg, D.H. (1997). Positive and negative mood : Association with natural killer cell activity. *Psychology et Health*, 12, 319-327.

Vallerand, R.J. (2006). Les attributions : déterminants et conséquences. In R.J. Vallerand (éd.). *Les fondements de la psychologie sociale*. Montréal, Gaëtan Morin, p. 188-234.

Van Heck, G.L. (1997). Personality and Physical Health : towards an Ecological Approach to Health-Related Personality Research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

Versteeg, H., Pedersen, S.S., Erdman, R.A.M., van Nierop, J.W.I., de Jaegere, P., van Domburg, R.T. (2009). Negative and positive affects are independently associated with patient-reported health status following percutaneous coronary intervention. *Quality of Life Research*, 18, 8, 953-960.

Vollrath, M.E. (2006). Handbook of personality and health, New York : Wiley.

Vollrath, M.E., Torgersen, S. (2002). Who takes risks ? A probe into eight personality types. *Personality and Individual Differences*, 32, 7, 1185-1198.

Wallston, K.A., Stein, M.J., Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLC Scales. A Condition Specific Measure of Locus of Control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 3, 534-553.

Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 2, 105-113.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Wang, Q., Bowling, N.A., Eschleman, K.J. (2010). A meta-analytic examination of work and general Locus of Control. *Journal of Applied Psychology*, 95, 4, 761-768.

Watson, D., Clark, L. A (1999). *The PANAS-X : Manual or the Positive and Negative Affective Schedule –Expanded Form*. 2nd ed., University of Iowa.

Watson, D., Clark, L.A., Carey, G. (1988b). Positive and Negative Affectivity and their Relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 3, 346-353.

Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988a). Development of a Brief Measure of Positive and Negative Affect : the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063-1070.

Watson, D., Pennebaker, W. (1989). Health Complaints, Stress and Distress : Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96, 2, 234-254.

Watson, D., Tellegen, A. (1985). Toward a Consensual Structure of Mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Webb, T.L., Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change ? A meta-analysisof the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 2, 249-268.

Weinstein, N.D. (1983). Reducing Unrealistic Optimism about Illness Susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.

Weinstein, N.D., Klein, W.M. (2002). Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. In T. Gilovich et D. Kahneman (eds.), *Heuristics and biase : The psychology of intuitive judgment*. New York, Cambridge University Press, p. 313-323.

Weinstein, N.D., Marcus, S.E., Moser, R.P. (2005). Smoker's unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, 14, 55-59.

Weiss, A., Costa, P.T. (2005). Domain and facet personality predictors of all-cause mortality among Medicare patients aged 65 to 100. *Psychosomatic Medicine*, 67, 5, 724-733.

Werner, E.E. (1992). The Children of Kauiai : Resiliency and Recovery in Adolescence and Adulthood. *Journal of Adolescence and Health*, 13, 262-268.

Werner, E.E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 3, 81-85.

Wiener, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.

Wiener, B. (1991). An Attributional Look at Explanatory Style. *Psychological Inquiry*, 2, 43-44.

Wilkinson, W. (2007). The structure of the Levenson Locus of Control Scale in young adults : Comparing item and parcel indicator models. *Personality and Individual Differences*, 43, 1416-1425.

Williams-Piehota, P., Schneider, T.R., Pizarro, J., Mowad, L., Salovey, P. (2004). Matching health messages to health locus of control beliefs for promoting mammography utilization. *Psychology and Health*, 19, 4, 407-423.

Wilson, R.S., Krueger, K.R., Gu, L., Bienias, J.L. Mendes de Leon, C., Evans, D.A. (2005). Neuroticism, Extraversion, and Mortality in a Defined Population of Older Persons. *Psychosomatic Medicine*, 67, 841-845.

Windle, G. and The Resilience Network (2010). What is resilience ? A systematic review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 1-18.

Windle, G., Bennett, K.M., Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8, 1-18.

Young, A. (2005). Traumatisme à distance, résilience héroïque et guerre contre le terrorisme. *Revue Française de Psychosomatique*, 2, 28, 39-61.

Zautra, A.J., Hall, J.S. et Murray, K.E. (2010). Resilience : A new definition of health for people and communities, in J.W. Reich, A.J. Zautra et J.S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience*. New York : Guilford, p. 3- 34

Zenasni, F., Lubart, T., Pahlavan, F., Jacob, S., Jacquet, A.Y., Lemoine, C. (2003). Traits émotionnels, intelligence émotionnelle : intérêt de ces concepts et étude de leurs interrelations. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 1, 4, 19-27.

Chapitre 5

DES CROYANCES AUX COMPORTEMENTS : CONCEPTIONS ET MODÈLES

Sommaire

1. Les conceptions de la santé et de la maladie selon l'époque et la culture 375
2. Les représentations (contemporaines et occidentales) relatives à la santé et à la maladie 383
3. Les comportements de santé (et de maladie) 399
4. Des croyances aux comportements : les approches socio-cognitives 404
Bibliographie 423

Tout le monde sait ou croit savoir ce que veut dire « être en bonne santé ». On pense généralement que c'est le fait de ne pas être malade, l'absence de certains signes de dysfonctionnement (fatigue, tension artérielle élevée, etc.) et de certains symptômes (fièvre, douleurs, nausées, etc.). C'est bien ainsi que le dictionnaire définit la santé : « Bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme ». Cette conception de la santé, pourtant largement admise, fut partielle et provisoire.

Comme nous allons le constater dans ce chapitre, les conceptions de la santé et de la maladie sont extrêmement disparates. Elles varient en fonction du temps et du lieu. Au sein d'une même époque (la nôtre) et d'une même culture (occidentale), des croyances (et conceptions) hétérogènes continuent à coexister ou même à s'affronter. Nous soulignerons les décalages existant aussi bien entre les conceptions « naïves » et « savantes » qu'entre les modèles et définitions proposés par les spécialistes de la santé et de la maladie.

1. Les conceptions de la santé et de la maladie selon l'époque et la culture

1.1 L'histoire des conceptions de la santé

On ne sait presque rien des conceptions de la santé dans les cultures sans écriture. On suppose que les peuples ayant vécu il y a plusieurs milliers d'années croyaient que les maladies étaient dues à des forces magiques (ancêtres, esprits, mauvais œil, etc.). Il est possible que certaines perforations du crâne (trépanations) par exemple aient été liées à de telles superstitions (et pratiquées pour permettre aux démons de « sortir »).

1.1.1 La Grèce antique et Rome

Les premières conceptions de la maladie et de la santé nous sont parvenues grâce aux textes des médecins grecs, Hippocrate (460-370 avant J.-C.) puis Galien (129-199). Galien, né en Grèce, exercera la médecine et élaborera sa typologie à Rome. Ces médecins ont esquissé très tôt une véritable théorie des humeurs et une typologie des tempéraments qui sera adoptée ensuite par les médecins pendant des siècles.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Selon cette théorie, il existe dans le corps quatre humeurs : sang, bile blanche, bile noire et flegme. On remarquera la double signification de l'humeur, à la fois liquide corporel et disposition affective. C'est l'équilibre entre les quatre humeurs qui correspondrait à un bon état de santé. Chaque humeur fut associée à une saison (printemps, été, automne, hiver) et à certaines propriétés (chaud, sec, froid, humide), auxquelles Galien associera ultérieurement quatre éléments (air, feu, terre, eau) mais aussi quatre types de fièvres, quatre périodes du jour, etc. La prédominance de l'une des quatre humeurs correspond à un type de tempérament : sanguin, colérique, mélancolique et flegmatique[1]. On trouvera une représentation schématique de ces correspondances analogiques à la figure 5.1.

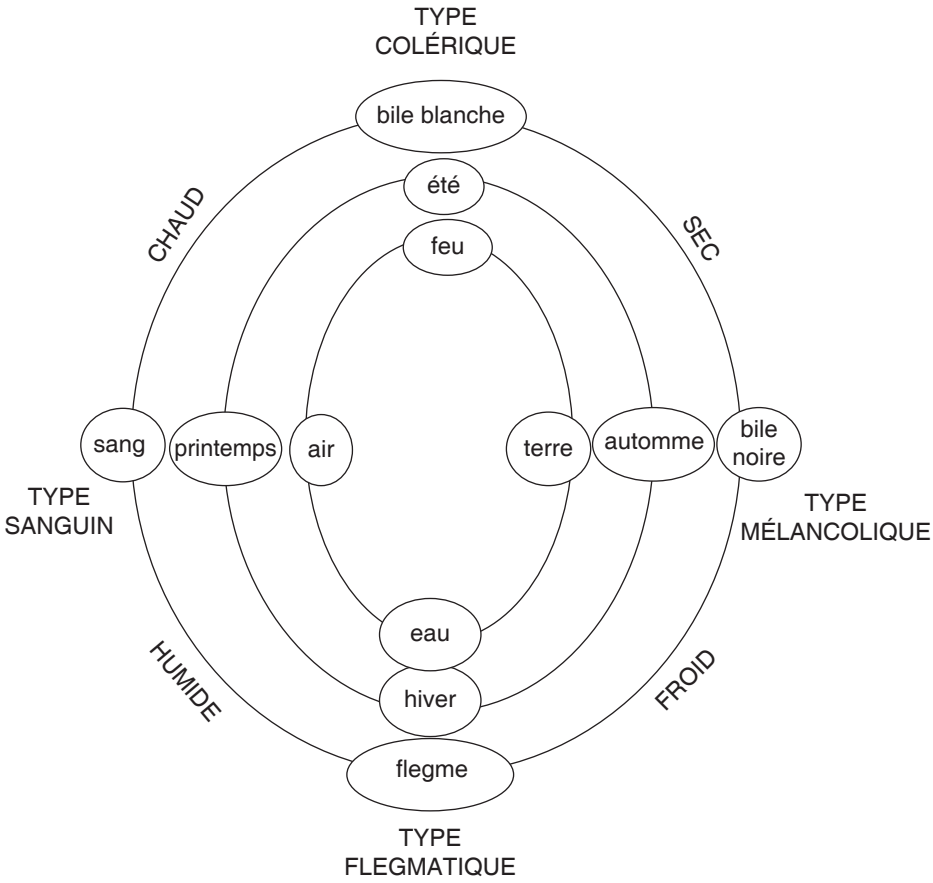


Figure 5.1 – *Schéma résumant la théorie des humeurs d'Hippocrate et de Galien*

1. Ce modèle s'est en fait édifié progressivement depuis Hippocrate, divers auteurs (Galien, puis d'autres) y apportant, des siècles plus tard, leur petite touche personnelle.

À chacun de ces tempéraments correspondent à la fois des caractéristiques émotionnelles et comportementales d'une part, et la vulnérabilité particulière vis-à-vis de certaines affections somatiques, d'autre part. Les mélancoliques, par exemple, seraient introvertis et anxio-dépressifs (selon les catégories d'aujourd'hui). Ils seraient prédisposés à développer des cancers. Les colériques seraient actifs, dominateurs et viseraient à être socialement reconnus (et admirés). Ils auraient des relations conflictuelles avec les autres et seraient prédisposés à développer des maladies cardio-vasculaires. Galien recommandait une alimentation équilibrée et une vie sans excès afin que les différentes humeurs s'équilibrent.

Cette typologie a servi de référence pendant des siècles et a même influencé les typologies du XX^e siècle (caractérologie notamment). Malgré les naïvetés et archaïsmes de cette conception naturaliste fondée sur des analogies assez grossières, son très grand mérite est d'avoir tenté de classer la variété des individus en catégories (conçues comme des ensembles complexes de caractéristiques hétérogènes) et d'avoir proposé une conception unitaire de l'homme (somatopsychique). L'idée selon laquelle la maladie est la conséquence de phénomènes naturels, et non un châtiment d'origine divine, influence encore les croyances contemporaines dans les pays de culture occidentale. Tout ceci était extrêmement novateur pour cette époque.

À peu près en même temps qu'Hippocrate, Platon (427-347 avant J.-C.) développera une typologie ternaire fondée sur l'observation de ses contemporains (*cf. La République*). Pour rendre compte de la diversité des êtres humains, il les distinguera selon la prédominance fonctionnelle de l'une ou l'autre des parties du corps. L'importance de la tête caractérise les hommes intelligents (savants, philosophes, etc.), celle de la poitrine les hommes ayant des passions nobles comme le courage (sportifs, guerriers, etc.), celle du ventre ceux qui sont mus par des appétits plus grossiers (posséder, boire, manger, etc.). Si les idées de mélange et de prédominance, comme dans la typologie précédente, ne sont pas absentes (ce qui permet quelques nuances), les lieux du corps ne sont ici évoqués que de façon purement analogique, comme « sièges » des différentes passions, de plus en plus raffinées à mesure que l'on s'élève (du ventre à la tête). Mais, fondamentalement chez Platon, corps et esprit sont des entités séparées et celui-ci ne s'intéresse en fait qu'à certains aspects, hiérarchisés, du psychisme (*cf. Le Protagoras*). C'est un tel dualisme qui prédominera chez les médecins et philosophes pendant plus de mille ans.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

1.1.2 Du Moyen Âge à la Renaissance

Après la chute de l'empire romain, les acquis de la médecine et de la philosophie déclinent rapidement. Les idées d'Hippocrate et de Galien ne seront perpétuées que par les plus érudits. L'église catholique va exercer une influence écrasante sur les croyances populaires en matière de santé et de maladie. La créature humaine est dotée d'une âme et son corps n'est que chair, méprisable et périssable. Si les hommes sont frappés par la maladie, la famine, les épidémies, c'est par la volonté de Dieu (Herzlich et Pierret, 1984). À chaque péché capital correspondent certains types de pathologies. Celui qui est gonflé d'orgueil sera puni par des tumeurs et des inflammations de la peau.

Le christianisme ascétique prône la mortification du corps et le jeûne, comme moyens d'accéder à la spiritualité. La maladie et la souffrance permettant de purifier l'âme, elles sont donc les bienvenues. Quant aux causes des maladies, on invoque la punition, le châtiment de Dieu pour les péchés que l'on a commis. Ainsi l'Église contrôle les pratiques médicales et les prêtres s'impliquent dans le traitement des malades, allant jusqu'à leur infliger des exorcismes, privations et supplices divers pour chasser le démon du corps.

Ces idées seront battues en brèche au XVIII^e^ siècle en raison de la diffusion des idées de saint Thomas d'Aquin, qui rejette le dualisme et réhabilite une conception unitaire de l'homme. Un traité de chirurgie, écrit au début du XIV^e^ siècle par Henri de Monderville, chirurgien de Philippe le Bel, tente d'émanciper les croyances médicales de l'époque de leurs références religieuses et cosmiques. Il prône la désinfection des plaies, les pansements secs et la dissection. Il fut l'un des artisans de la laïcisation de la médecine à la fin du Moyen Âge (Pouchelle, 1983). La Renaissance XIV^e^ et XV^e^ siècles) correspondra à une remise en question des valeurs morales, religieuses et politiques antérieures. Les érudits et les clercs, dans leur quête de la vérité, se tourneront de plus en plus vers les êtres vivants (dont l'homme) et vers la nature physique, et de moins en moins vers la métaphysique. Ce déclin des croyances religieuses favorisera la révolution scientifique et philosophique du XVII^e^ siècle et préparera le siècle des Lumières (XVIII^e^ siècle).

1.1.3 Du XVI^e^ siècle à nos jours

La Réforme, mouvement religieux qui donnera naissance en Europe, à partir du XVI^e^ siècle, aux églises protestantes (luthérienne, calviniste et anglicane), va lézarder les croyances chrétiennes antérieures. Selon les protestants, le corps aussi nous est donné par Dieu et il est de notre

devoir de le respecter et de le soigner (il doit être pur et propre). La maladie signale la faiblesse et la négligence. Honorer Dieu, c'est aussi mener une vie saine et sans excès (alimentaires, sexuels).

Au XVII^e siècle, le philosophe, mathématicien et physicien René Descartes (1596-1650) exercera une influence décisive sur l'évolution des conceptions relatives aux relations entre corps et esprit. Bien qu'il conçoive le corps et l'esprit comme des entités distinctes (c'est le fameux dualisme cartésien), il introduit des idées totalement nouvelles sur les mécanismes régulant nos sensations et nos actions (le « corps-machine »), sur la communication entre l'esprit et le corps par le cerveau (grâce à la « glande pinéale ») et sur le fait que l'âme quittant le corps lors du décès, la dissection est une technique d'étude légitime (ce qui était jusqu'alors complètement proscrit par l'Église).

Les progrès des connaissances biologiques et médicales aux XVIII^e et XIX^e siècle contribueront au déclin des croyances religieuses antérieures. Grâce au microscope et aux autopsies par exemple, on progressera dans la compréhension de l'étiologie des diverses pathologies. Les experts commencent à réfuter la théorie des humeurs comme les explications religieuses de la maladie. Michel Foucault (1963) note l'emprise croissante du milieu médical sur les patients (techniques de plus en plus intrusives, corps conçu comme objet docile qui doit être surveillé, amélioré, transformé). On assistera au XX^e siècle à une véritable « normalisation » du corps à travers des traitements, soins et régimes qui traduisent des changements profonds dans les représentations sociales et les techniques du corps des sociétés occidentales contemporaines. Bien sûr, l'espérance de vie et l'état de santé des individus ont énormément progressé depuis le début du XX^e siècle (dans les pays développés) et il ne s'agit pas, bien entendu, de le regretter.

L'attention culturelle extrême portée au corps va de pair avec l'individualisme contemporain note Le Breton (1990). L'une des fonctions du corps serait en effet de souligner les frontières moi-autrui (ou intérieur-extérieur), mais cette séparation symboliserait en même temps une subtile aliénation, la dépossession de son propre corps. C'est bien ce paradoxe que nous avons souligné dans divers ouvrages consacrés au corps (Bruchon-Schweitzer, 1990 ; Maisonneuve et Bruchon-Schweitzer, 1999). Malgré une apparente libération et une promotion du corps et de ses expressions, ou « corporéisme contemporain », cette fin de siècle correspond aussi à un renforcement sans précédent des contraintes, stéréotypes, et prescriptions corporelles normatives. On « doit » être en bonne santé, jeune, beau (etc.) pour être intégré dans notre société. Notre corps appartient désormais à toutes les entreprises de remise

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

en forme, de réparation de nos disgrâces, de gommage des signes du temps. De nouvelles pratiques et produits, au-delà des pratiques préventives qui les ont précédés, sont vantés par les multiples magazines et officines s'occupant de notre santé. Les consommateurs sont sollicités aujourd'hui sur le thème du « mieux-être » et du « paraître » (Vigarello, 2012).

Cette relative dépossession se traduit aussi par l'emprise de la médecine officielle sur notre corps, du premier cri au dernier souffle, emprise légitimée par son efficacité affirmée.

1.2 La conception de la santé dans différentes cultures

Le modèle biomédical occidental de la santé est dominant dans le monde. Selon cette approche positiviste, les médecins pensent que le corps humain correspond à un niveau de réalité qui existe préalablement et indépendamment des efforts de l'individu pour tenter d'en comprendre le fonctionnement et de le contrôler. Nous reviendrons un peu plus loin sur les différences entre croyances naïves et modèles savants de la santé et de la maladie, différences très sensibles y compris dans les sociétés développées. D'autres théories et pratiques médicales existent ailleurs, notamment en Asie du Sud-Est et en Afrique, fondées sur d'autres conceptions de l'homme.

1.2.1 Les conceptions de la santé en Asie du Sud-Est

Les conceptions de la santé en Chine sont fondées sur des croyances religieuses et des idées philosophiques inspirées du taoïsme et du bouddhisme. La santé et la maladie sont vues comme le résultat d'un équilibre inter et intrasystèmes dans l'individu et à l'extérieur de lui. L'univers est considéré comme une vaste entité indivisible où chaque être a une fonction et où il est lié à l'ensemble harmonieusement. En chaque être, comme dans l'univers, s'opposent le *yin*, énergie positive masculine qui produit lumière et plénitude, et le *yang*, énergie féminine négative, à l'origine de l'obscurité et du vide. C'est un déséquilibre entre ces deux forces qui peut induire une maladie. Par exemple, un excès de yin pourra être à l'origine de troubles gastriques, alors qu'un excès de yang pourra induire déshydratation et fièvre. Plusieurs techniques thérapeutiques (acupuncture, phytothérapie) permettent de restaurer cette harmonie.

Malgré ces explications externes, qui font aussi appel à la destinée (*ming*), à la chance (*yun*) et à l'horoscope de chacun (*pa-tzu*), l'état de

santé serait également lié à des caractéristiques internes : fautes passées, générosité, bonnes actions. On peut donc, malgré ces déterminismes, infléchir le cours du destin en se conduisant de façon honnête et altruiste pour rétablir l'harmonie de sa vie. On retrouve des croyances proches chez les bouddhistes cambodgiens : la santé est le résultat d'un équilibre que l'on peut maintenir en respectant autrui, en protégeant les plus faibles, en évitant les comportements compétitifs et en coexistant de façon pacifique avec la nature. Chez les Coréens en particulier (mais aussi chez d'autres peuples), la santé et la maladie d'un individu impliquent fortement toute la famille, qui doit être consultée sur les décisions thérapeutiques à prendre.

1.2.2 Les conceptions de la santé en Inde

Environ 70 % des habitants de l'Inde se réfèrent à la médecine védique, fondée sur une conception bouddhiste de l'être humain et de l'univers. Dans le cosmos, comme chez l'individu, coexistent une composante masculine *purusa*, qui correspond à l'âme et est stable, et une composante féminine *prakfti*, qui correspond au corps et qui peut changer. Le corps contient des substances circulant par diverses voies. La maladie correspond au blocage de l'un de ces canaux, les substances ne pouvant plus circuler[1]. Lors du décès, l'âme peut s'échapper de la prison corporelle.

La médecine védique consiste à repérer les points de blocage et à rétablir la circulation des fluides corporels. Pour rétablir cette harmonie, on prône la diète, le yoga, la méditation, des techniques respiratoires et corporelles et la phytothérapie. Dans le nord de l'Inde et au Pakistan, on assiste à un mélange de conceptions et de pratiques thérapeutiques, archaïques et contemporaines. Leur point commun est sans doute de ne pas considérer la santé comme une caractéristique individuelle, mais comme résultant de la place de chacun dans la famille, la communauté et l'univers.

1.2.3 Les conceptions de la santé en Afrique

En Afrique, on peut observer une très grande variété de pratiques et de croyances concernant la santé et la maladie. Il y a, par exemple, des variations sensibles entre les représentations de l'épilepsie d'une région à l'autre (Pilard, Brosset et Junod, 1992). Chez les Dogons du Mali, on croit à une maladie contagieuse, d'où peur, répugnance et isolement du malade. Chez les Wolofs du Sénégal, on croit que l'épilepsie est due à une attaque du *Djinn*, esprit se manifestant comme un tourbillon de

1. On retrouve ici, un peu transformée, la théorie des humeurs de Galien.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

vent. En Nouvelle-Calédonie, l'épilepsie est vue par les Canaques de Lifou comme une possession totémique par la Chenille Hou. Ainsi, malgré les spécificités locales (ethnie, religion, pays, etc.), on peut y retrouver des points communs, comme l'explication « magique » des maladies et leur caractère communautaire.

Il est fréquent, chez les peuples africains, d'attribuer la maladie à des esprits malveillants, à une intervention divine (ou diabolique), à des forces surnaturelles et aux ancêtres (on retrouve ces explications dans de nombreuses communautés vivant en Afrique, en Amazonie et dans le Pacifique). En Afrique, c'est le plus souvent un manque de respect pour les ancêtres qui est sanctionné par la maladie, le défunt revenant posséder l'un de ses descendants pour le punir. Mais la maladie peut aussi être attribuée au pouvoir maléfique d'une personne bien vivante. Dans ce cas, le guérisseur devra identifier l'origine de cette influence.

Une autre caractéristique des cultures africaines est leur ancrage dans une communauté. Ainsi la maladie d'une personne n'est pas qu'une affaire individuelle comme chez nous. L'influence néfaste de certaines forces surnaturelles est censée être dirigée également vers la famille et vers la communauté du malade. On connaît assez bien aujourd'hui certaines pratiques thérapeutiques collectives (comme le N'Doep au Sénégal) où les sacrifices d'animaux et les danses collectives avec transes sont censés calmer les esprits mauvais et les expulser du corps. Leur fonction est aussi de prendre en charge collectivement le malade et sa maladie.

Marks *et al.* (2000, p. 65-70) citent de nombreux exemples de communautés ayant émigré vers d'autres pays, et notamment aux États-Unis et ayant conservé leurs croyances et pratiques originelles en matière de santé, d'une part pour sauvegarder leur culture, mais aussi en raison d'un accès relativement difficile aux services de soins. Ce phénomène est très largement sous-estimé, semble-t-il, en Amérique du Nord. La revue de littérature de Thomson et Hoffman-Goetz (2009) met nettement en avant les disparités relatives à la santé dans les minorités ethniques aux États-Unis et notamment dans les populations hispaniques.

Ainsi, le fait de considérer la santé comme une caractéristique individuelle est-il propre aux cultures occidentales. Dans d'autres cultures, les croyances relatives à la santé et à la maladie s'intègrent dans des systèmes de croyances transcendant l'individu (philosophies, religions) : l'état de santé d'une personne dépend de l'équilibre entre des forces caractérisant des ensembles complexes (famille, lignée, communauté, nature, cosmos).

Récemment, avec l'utilisation croissante d'internet et la nette augmentation des flux migratoires, les individus sont exposés à des infor-

mations et croyances relatives à la santé beaucoup plus variées. Suite au *Workshop* de l'EHPS (2007) portant sur « culture, santé et représentations sociales », certains auteurs soulignent la nécessité d'incorporer des variables culturelles dans les modèles théoriques et les recherches en psychologie de la santé et en santé publique, afin de leur accorder la place importance qu'elles méritent (Rüdell et Diffenbach, 2008).

En réalité, les croyances relatives à l'origine des maladies et aux pratiques de soins varient aussi à l'intérieur d'un même pays, notamment en fonction du niveau socioculturel et socio-économique des individus, mais aussi de leur appartenance religieuse. Un faible niveau d'éducation rend plus probables les explications magiques et externes (chance, destin). Les adeptes de certaines « religions » (témoins de Jéhovah, église de scientologie) rejetteront partiellement ou complètement les soins médicaux, allant parfois jusqu'à mettre en danger la vie de leurs enfants. Dans certains groupes religieux, au contraire (chez les adventistes, par exemple), le corps étant le « temple du Saint-Esprit », il faut prendre soin de celui-ci, ne pas consommer de substances psychoactives, faire de l'exercice et manger de façon équilibrée. Ce sont les diverses conceptions et croyances contemporaines et leur impact sur l'état de santé que nous allons examiner à présent.

2. Les représentations (contemporaines et occidentales) relatives à la santé et à la maladie

Du côté des chercheurs dans les sciences de la santé comme du côté des praticiens, on s'est intéressé aux croyances, conceptions, représentations et « théories profanes » du grand public en ce qui concerne la santé et la maladie[1]. Ces cognitions déterminent en grande partie les

1. Bien que les termes de représentation et de croyance soient souvent utilisés de façon interchangeable, ils ne se situent pas au même niveau. En effet, les représentations sont composées d'éléments divers qui ont longtemps été étudiés de façon isolée : attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. Dans la perspective des représentations sociales, le caractère fondamental des croyances se pose par leur présence dynamique dans la vie sociale. C'est le pouvoir des croyances qui fournit à la fois la force à travers laquelle les représentations constituent nos réalités et rendent possibles nos affiliations (Apostolidis, Duveen et Kalampalikis, 2002). Pour Jodelet (1989), les représentations sociales constituent « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Egalement désignée comme savoir de sens commun ou encore savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique ». Selon Abric (2002) « une représentation sociale est un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes, elle constitue un système sociocognitif particulier […] ».

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

comportements de santé des usagers (développés dans le chapitre 5, § 3) et leurs relations avec les professionnels de la santé. Diverses approches en psychologie clinique et en psychologie sociale considèrent que ces croyances, malgré leurs lacunes et leurs distorsions, jouent un rôle essentiel : elles prédétermineraient l'adoption de styles de vie sains ou à risques, elles permettraient aux individus de croire qu'ils contrôlent leur état de santé et d'intégrer la maladie, lorsqu'elle survient dans leur histoire personnelle.

2.1 Les croyances « naïves » en matière de santé et de maladie

À côté de la médecine orthodoxe, de nombreux individus (particulièrement des femmes d'âge moyen et ayant un niveau d'éducation élevé) s'adressent à des médecines parallèles, ceci même dans les pays développés (Ernst et White, 2000 ; Bishop *et al.*, 2006). Ces auteurs soulignent l'ambivalence du public et son attitude critique envers la médecine officielle : doutes quant à son efficacité ; confiance plus élevée dans les remèdes « naturels » que dans les prescriptions médicales ; croyance en l'intérêt d'autres pratiques, au moins pour certaines affections ; croyance en la nécessité de prendre en charge la personne entière ; désir de jouer un rôle actif dans le maintien de sa propre santé. Certains mouvements de consommateurs anglo-saxons ont développé l'idée que la médecine officielle perpétue l'image d'un patient passif (O'Callaghan et Jordan, 2003). Ils revendiquent un contrôle accru des usagers sur leur santé (accès au dossier médical, connaissance du diagnostic et des résultats d'examens, etc.).

2.1.1 Les « théories profanes » des maladies

Il est n'est pas rare de trouver dans les recherches consacrées aux conceptions des patients des termes comme « distorsions cognitives » ou « schémas erronés ». Les théories profanes sont des représentations de la maladie construites pour donner du sens, elles se rapportent aux expériences subjectives personnelles de la maladie, à l'interprétation de l'information reçue auprès des professionnels de la santé ou qui est transmise à travers les médias et la communication interpersonnelle (De Ridder, De Ridder et De Witt, 2006). La médecine, par des programmes éducatifs spécifiques, se donne parfois pour objectif de « corriger » ces conceptions inexactes. Pour certains spécialistes, il faut en effet combattre les « théories profanes » des malades, théories marquées par

la sous-information, génératrices de conflits et d'opposition aux soins, se traduisant par une mauvaise adhésion thérapeutique.

Les théories profanes sont souvent comparées à un « *modèle de sens commun* », pouvant dans certains cas guider les comportements de santé (Leventhal et al., 1997). Elles se distinguent du savoir expert par leur caractère idiosyncrasique et informel et s'expriment dans les termes propres à une personne donnée (Baril et al., 2008).

Les conceptions que les patients élaborent à propos de leur maladie intéressent le milieu médical, non plus pour les combattre, mais pour mieux les comprendre et en tenir compte. Il est clairement établi que les croyances des patients déterminent en grande partie leurs conduites en matière de santé : recours à des soins, relations avec les médecins, adhésion aux traitements, etc. On appelle ces croyances, conceptions ou explications des « théories profanes », notamment lorsqu'elles concernent, plutôt que la maladie en général, sa propre maladie. Ce ne sont pas de réelles théories qui supposeraient une élaboration scientifique. Ces croyances ont été observées de diverses façons, par des techniques objectives ou par des méthodes qualitatives puis, plus récemment, quantitatives.

2.1.2 La maladie pour les médecins et pour les patients

Il semble « aller de soi » que la maladie soit, pour le patient, une expérience subjective et, pour le médecin, une affection dont il essaye en toute objectivité d'identifier les symptômes, le nom, la cause et d'évaluer la gravité, l'évolution future et les traitements les plus appropriés. Au XX^{e} siècle, au moins dans les pays occidentaux et dans les milieux « informés », la médecine a été complètement dominée par un modèle épistémologique particulier appelé le modèle biomédical. Il est vu comme un modèle scientifique et objectif car il privilégie des méthodes réplicables, en double aveugle, des essais cliniques randomisés et il ignore l'expérience auprès des patients ainsi que les dimensions socioculturelles de la santé et de la maladie.

Un autre modèle épistémologique a été reconnu dans les études sociales de médecine : le *modèle de la pratique clinique*. Ce modèle subjectif repose sur l'expérience clinique, les cas de patients individuels, l'intuition. Il se situe dans une approche de la médecine « *centrée sur le patient* » (Commelles, 2000) tandis que le modèle biomédical se situe dans le courant de la médecine « *fondée sur la preuve* » (Evidence-Based Medicine Group, 1992). Une récente étude qualitative réalisée par Whelan (2009) a montré que les médecins interprètent les observations

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

effectuées auprès de leurs patients en fonction des réactions du patient « typique » et donc de la médecine fondée sur la preuve. Tandis que les patients interprètent leurs symptômes en fonction du contexte et de leurs apprentissages passés.

Le modèle biomédical est prédominant, sans doute pour plusieurs raisons : il s'inspire du positivisme des sciences physiques ; il isole le corps malade (voire même certains de ses organes) ; enfin, la médecine officielle s'est extrêmement bien organisée au niveau corporatif et s'est bien défendue sur le plan juridique puisque les médecines alternatives sont illégales. Elle a su apparaître comme la principale source des progrès accomplis en matière de santé publique au XX^{e} siècle.

Selon cette conception, une maladie correspond à un ensemble de symptômes dus à une pathologie organique sous-jacente. Dans un article polémique, Morris (1998) affirme que l'objectivité médicale est un mythe, partagé par les médecins et leurs patients. Dans la pratique quotidienne, tous sont confrontés à des ambiguïtés, des approximations (tests de laboratoire rarement réalisés de façon impeccable ; diagnostics établis à partir des symptômes subjectifs rapportés par les patients ; conformité imparfaite entre les anomalies supposées et les résultats des examens, etc.). Morris (1998, p. 38) conclut que si l'objectivité est pour la médecine l'un des buts à atteindre, elle n'est pas réalisable, vu les conditions et contraintes qui pèsent sur la pratique médicale quotidienne, dont son coût. Ainsi, la frontière entre la maladie pour le patient et pour le médecin n'est pas si évidente qu'on pourrait le penser.

Pour diverses maladies (brûlures, ulcères, hernies discales, arthrite rhumatoïde…), certains patients ayant pourtant des lésions objectivement observables n'en souffrent apparemment pas, alors que d'autres consultent et se plaignent, présentant les symptômes subjectifs de ces diverses pathologies sans qu'une atteinte réelle puisse être vérifiée par des examens appropriés. Dans les cultures anglophones, il existe deux termes distincts pour désigner la maladie, *disease* et *illness*. Le premier correspond à des troubles somatiques objectifs ayant une (ou des) cause(s) et des symptômes identifiables. Le second est utilisé pour désigner l'expérience subjective des patients, qui ne correspond pas forcément à une pathologie vérifiable. On peut prendre comme exemple le mal de dos (ou lombalgie). Sur les patients qui ont réellement une atteinte décelable (hernie discale, arthrite vertébrale), 30 % seulement se plaignent d'avoir « mal au dos » (Morris, 1998). Inversement, chez 70 % à 80 % des patients consultant pour des douleurs du rachis, aiguës ou chroniques, on ne trouve aucune cause organique

ni fonctionnelle décelable à l'origine de ces plaintes (Koleck, 2000, p. 32).

Ainsi, la différenciation classique entre la maladie du patient et celle que diagnostique le médecin est loin d'être claire. Les médecins construisent leurs propres représentations des maladies et ces perceptions peuvent différer de façon plus ou moins importante des propres représentations des patients (Insel, Meek et Leventhal, 2005). Aucune perspective n'est totalement objective ni totalement subjective. Chacun des discours est relatif et construit socialement. Une distinction aussi artificielle ne peut que dévaloriser ce que le patient a à dire à son médecin et nuire à une compréhension réciproque. Ce que les médecins et les patients entendent aujourd'hui par maladie n'est guère superposable, ne serait-ce tout d'abord en raison des métaphores souvent utilisées par les patients pour décrire leur ressenti et des conventions langagières différentes (une « rhinite » devient « j'ai un rhume », une « migraine » ou une « céphalée » devient « j'ai mal à la tête »).

2.1.3 La représentation par les médecins de la représentation de la maladie de leurs patients

Concernant les représentations que se font les patients de leurs maladies, on a parlé de la plus ou moins grande « congruence » ou « similitude » entre les connaissances médicales existant à propos d'une maladie d'une part, et la représentation que les patients s'en font, d'autre part (Figueiras et Weinman, 2003). De Ridder, Theunisen et Van Dulmen (2007) ont montré (après des entraînements de 6 heures et à l'aide de vidéos de consultations) que le fait de faire expliciter aux patients leurs représentations de la maladie changeait complètement la communication médecin-patient et avait un effet bénéfique sur l'observance thérapeutique de patients hypertendus. Récemment, des études se sont développées sur la précision avec laquelle les médecins se représentent le point de vue de leurs patients, en particulier quant à leurs représentations de leurs maladies ou de leurs traitements. Elles se basent sur le concept de « précision empathique » (PE) développé par Ickes (1993) qui correspond à la capacité d'un individu à inférer avec exactitude les pensées et les sentiments d'une autre personne. Les études de PE peuvent donc permettre d'analyser le degré de décalage, ou au contraire de proximité, entre les représentations du patient et la représentation que le médecin a des représentations du patient (Sultan, 2011). De récents travaux menés sur des dyades médecins-patients ont permis de mettre en évidence le rôle de la précision empathique de

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

médecins généralistes sur l'observance thérapeutique de patients diabétiques insulinodépendants (Sultan *et al.*, 2011). Pour évaluer la PE, il était demandé aux patients de remplir un questionnaire de représentation de la maladie, les médecins devant remplir le même questionnaire en se mettant à la place du patient. Un indice de PE est ainsi calculé en cotant, pour chaque dimension de l'échelle, le pourcentage d'accord entre le médecin et son patient (item par item).

Cette PE révèle en partie la capacité des soignants à se mettre à la place des soignés : plus le soignant est empathique, meilleurs devraient être sa PE et son accès aux représentations des patients vis-à-vis de leur maladie. Cette empathie « clinique » du médecin peut être appréhendée de différentes façons. Ainsi en plus de la PE, il existe des échelles évaluant l'empathie des médecins : certaines sont auto-évaluées par les médecins eux-mêmes, d'autres sont hétéro-évaluées par leurs patients. Nous disposons ainsi par exemple de l'Échelle d'empathie clinique de Jefferson (JSPE) qui a été conçue par Hojat *et al.* (2003), puis traduite en français et validée par Zenasni *et al.* (2012). L'échelle originale ainsi que les adaptations et validations qui s'ensuivirent indiquent l'existence de trois facteurs : *mise en perspective* (par exemple, « Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments »), *attitude compassionnelle* (par exemple, « Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de prêter attention à leurs émotions ») et *se mettre à la place* (par exemple, « Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente »). De nombreuses études suggèrent que l'empathie du médecin a des effets favorables sur les patients, comme une plus grande satisfaction vis-à-vis des soins et une guérison plus rapide, par exemple pour des soucis mineurs de santé (Rakel, 2011).

Une revue de littérature systématique de ces effets dans le domaine de l'oncologie suggère que l'empathie du médecin, telle que perçue par le patient, diminue la détresse émotionnelle de celui-ci (Lelorain *et al.*, 2012). Le terme d'« empathie clinique » renvoie à la conception de l'empathie dans le milieu médical. Hojat (2007) l'a définie comme la capacité à comprendre les émotions et le point de vue des patients, et à leur communiquer de manière adéquate le fait qu'on les a compris. L'empathie clinique a des aspects cognitifs (capacité à concevoir correctement l'expérience de l'autre). Toutefois, elle implique de ne pas ignorer les émotions et les réactions émotionnelles des patients, sans pour autant se réduire à de la compassion (Halpbern, 2003). Pour Baron-Cohen (2004), l'empathie est la capacité à identifier les émotions et les

pensées des autres personnes (empathie cognitive) et à leur répondre avec des émotions appropriées.

Lelorain *et al.* (2013) ont montré dans une population de deux cent quatre-vingt-quinze médecins généralistes que l'empathie clinique est sous-tendue par la réceptivité aux autres en général (« empathie générale, qui est de se sentir émotionnellement concerné par autrui »). L'empathie clinique s'est avérée corrélée à la participation à des groupes Balint et à la longueur des consultations. En outre, l'étude de Lelorain *et al.* (2013) montre que les médecins qui participent à des groupes Balint ont un bon niveau d'empathie clinique sans être submergés par les émotions de leurs patients.

Quelques études récentes se sont concentrées sur la relation entre empathie clinique et *burnout* des médecins, dont hélas aucune n'est longitudinale (Zenasni *et al.*, 2012). Thomas *et al.* (2007) montrent que l'empathie, chez les médecins, est inversement corrélée à la dépersonnalisation, à l'épuisement émotionnel (chez les hommes uniquement) et à la dépression, et qu'elle est positivement corrélée à l'accomplissement personnel et la qualité de vie. Le bien-être des médecins est donc lié à leurs attitudes empathiques, mais cette étude transversale ne permet pas de faire d'imputations causales. Par ailleurs, deux hypothèses s'opposent quant aux relations entre empathie et *burnout* (Zenasni, Boujut, Woerner et Sultan, 2012). La première hypothèse est qu'un haut niveau d'empathie pourrait être à l'origine d'une « fatigue compassionnelle » et qu'il induirait de l'épuisement émotionnel, puis du *burnout* (Nielsen et Tulinius, 2009). La seconde, spécifique à la relation soignant-soigné, décrit une relation négative et en sens inverse : plus les médecins sont épuisés professionnellement, plus leurs relations avec les patients sont déshumanisées et plus leur empathie diminue (Shanafelt, 2005). Ainsi, les résultats des études concernant les relations entre empathie et *burnout* ne sont pas concordantes. Seules des études prospectives incluant des mesures répétées de ces deux variables permettraient d'éprouver ces deux hypothèses.

2.2 L'évaluation des croyances des patients

Les croyances à propos de la maladie sont organisées dans la mémoire sous forme de schémas cognitifs. Les patients ont tous des croyances sur la façon dont une maladie affecte leur corps et ces représentations influencent leurs styles de vie et leurs expériences (Cameron et Moss-Morris, 2012). Dans la littérature, plusieurs termes sont utilisés de façon

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

interchangeable pour désigner cela : cognitions, croyances, représentations ou encore schémas de la santé ou de la maladie. Nous constatons la variabilité interindividuelle importante de ces représentations. Par exemple, certains individus ont une idée bien précise de ce qu'est le VIH et de ses voies de transmission, et d'autres, une idée totalement erronée, ce qui n'est pas sans conséquence sur les comportements sexuels préventifs. De plus, les patients ne donnent pas tous à leur maladie la même étiologie. Certains diabétiques, par exemple, pensent que leur maladie serait apparue quoi qu'il arrive, tandis que d'autres se demandent si leur obésité n'a pas pu participer à l'émergence de leur maladie (Moss-Morris, 2002).

2.2.1 Les dimensions des représentations de la maladie

On s'est intéressé à la manière dont les individus se représentent la maladie (en général) et leur maladie en particulier. Le scénario consiste à mener des entretiens semi-directif ou non directifs, puis à faire des analyses de contenu (thématiques le plus souvent) à partir des matériaux recueillis. On construit ensuite une échelle à partir des catégories obtenues et on la soumet à un effectif important de sujets (malades ou non). Nous avons trouvé plusieurs études de ce type donnant des résultats intéressants, quoique non strictement convergents. On observe en général de quatre à huit dimensions, qui concernent le passé (l'histoire de la maladie), le présent et l'avenir de l'affection : attribution causale (origine et responsabilité de la maladie) ; identification (nom, symptômes, etc.) ; gravité perçue et curabilité ; traitements appropriés ; contrôle perçu ; durée et conséquences de la maladie.

À l'origine, Leventhal *et al.* (1980) avaient identifié cinq dimensions des représentations de la maladie (identité, durée, causes, contrôlabilité et conséquences) issues de données recueillies lors d'entretiens semi-directifs menés auprès de patients.

Parmi les croyances et représentations que les patients élaborent, c'est bien l'étiologie subjective et le processus d'attribution causale qui en sont les aspects majeurs. Par exemple, une étude a été menée par Shiloh (2006) mettant en évidence le grand nombre de patientes atteintes d'un cancer du sein pensant que l'unique étiologie pertinente de leur maladie est l'étiologie génétique (antécédents du côté maternel). Ces attributions causales sont extrêmement liées à divers comportements ou critères d'ajustement à la maladie d'après la revue de littérature de Hall, French et Marteau (2003) menée sur soixante-quinze études. Par exemple, les individus qui attribuent leur pathologie au stress sont plus

enclins à utiliser des traitements alternatifs comme l'homéopathie ou les massages relaxants (Bishop *et al.*, 2007).

D'autres aspects des « théories » des patients ont été étudiés, et notamment le diagnostic subjectif (chaque sujet construit des « prototypes » de maladies à partir de certains signes et symptômes), ce qui implique la création de dénominations et taxinomies personnelles et l'élaboration de diverses croyances concernant la gravité, les lieux du corps concernés, la contagion et le pronostic personnel (Bishop *et al.*, 2006). L'identité de la maladie est représentée par son nom et par un ensemble de symptômes. Les symptômes ressentis par le patient sont à l'origine de ces représentations puisque les patients ont tendance à rechercher des informations d'après ce qu'ils ressentent. Certains auteurs parlent d'un processus d'adéquation entre d'une part les symptômes ressentis et d'autre part les symptômes qui décrivent objectivement une maladie (Benyamini, Medalion et Garfinkel, 2007). Il a été montré par exemple chez des patients ayant un infarctus du myocarde (et les symptômes correspondants) que tant que le diagnostic n'a pas été posé, les patients tardent à ressentir les signes physiques et à consulter (Horne *et al.*, 2000). Une étude comparative a mis en évidence que les douleurs thoraciques semblent moins contrôlables pour les patients qui ne sont pas cardiaques que pour les patients cardiaques à qui les médecins ont expliqué que les douleurs sont liées à leur pathologie (Robertson, Javed, Samani et Khunti, 2008).

La littérature a mis en évidence la frustration ressentie par les patients lorsque ceux-ci ne trouvent pas de mot pour nommer leurs symptômes ou que leurs médecins ne désignent pas de maladie précise (Moss-Morris et Wrapson, 2003). Les patients cherchent donc avant tout à trouver un nom pour désigner leur maladie et, lorsqu'une maladie précise est identifiée, ils en recherchent des manifestations concrètes correspondantes. Plusieurs études ont montré que dans le cas de pathologies peu ou mal connues médicalement, les patients ont tendance à attribuer tous leurs symptômes à la pathologie même dans les cas où les symptômes n'y sont pas liés (Kesler, Kliper, Goner-Shilo et Benyamini, 2009).

Les patients se représentent également les conséquences possibles de leur maladie. Celles-ci peuvent être physiques, sociales ou économiques. Il apparaît que la gravité et les conséquences *perçues* de la maladie ont un effet plus important sur l'état physique et émotionnel des patients, que des mesures *objectives* de sévérité de la maladie (Whittaker *et al.*, 2007 ; Laubmeier et Zabowski, 2004). Dans les études tentant de prédire la qualité de vie des patients, la perception

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

des conséquences de la maladie serait un facteur saillant, plus important que la représentation de la durée et des causes (Stafford, Berk et Jackson, 2009).

Une autre façon de se représenter la maladie est l'idée que les patients se font de sa durée et de la façon dont elle va évoluer (Leventhal et Diffenbach, 1991). On peut imaginer l'évolution future de la maladie comme aiguë ou chronique (la maladie va-t-elle durer quelque temps ou toute la vie ?), ou encore comme épisodique ou cyclique (la maladie se compose-t-elle d'un seul ou de plusieurs épisodes ?) (in Moss-Morris *et al.*, 2002). Une étude a montré que le fait de percevoir sa maladie comme aiguë est lié à une meilleure qualité de vie chez les patients en dialyse (Griva, Davenport *et al.*, 2012). Ces représentations temporelles changent au cours de la maladie (Kaptein *et al.*, 2010).

Enfin, les patients perçoivent leur maladie comme plus ou moins contrôlable. Ils sont par exemple susceptibles d'avoir des convictions au sujet de la mesure dans laquelle ils peuvent exercer un contrôle au cours du traitement en fonction du stade de celui-ci (Benyamini, 2003). Lorsque leur maladie est chronique, les patients élaborent des représentations à propos de ce qu'ils peuvent faire pour améliorer leur état de santé ou en prévenir la détérioration. Lorsqu'elle est aiguë, les patients envisagent différentes façons de guérir. Le contrôle perçu est une dimension de la représentation de la maladie souvent présente dans les modèles sociocognitifs contrairement aux autres dimensions. Leventhal (2003) a confirmé ses résultats antérieurs relatifs à ces cinq dimensions dans les représentations des maladies (identité, durée, causes, contrôlabilité et conséquences des maladies), qui sont les composantes d'une représentation intégrative des maladies, représentation qui est au centre du modèle de l'autorégulation (développé chapitre 5, § 2.3).

En résumé, les patients se représentent généralement les maladies chroniques (par exemple, diabète) comme durables, venant aussi bien de facteurs génétiques que de facteurs environnementaux, ayant des conséquences et des symptômes très douloureux et invalidants, et relativement incontrôlables. En revanche, les patients se représentent les maladies infectieuses (par exemple, pneumonie) de façon opposée sur ces cinq critères. Les représentations des patients sont dynamiques, elles peuvent évoluer en fonction du traitement ou de leur propre vécu. Les représentations de la maladie ont, selon Leventhal *et al.* (2008), des effets sur plusieurs processus (réactions émotionnelles face aux symptômes, engagement dans des comportements de

self-care) et issues de santé (adhésion thérapeutique, reprise du travail, etc.).

2.2.2 L'approche qualitative des croyances de santé

Les diverses études quantitatives relatives à l'étude des croyances de santé ont été vivement critiquées par certains auteurs qui en dénoncent le caractère décontextualisé. Pour Middleton (1996) et d'autres auteurs, cités par Marks *et al.* (2000, p. 256), il est plus important de se centrer sur les discours des patients, resitués dans leur contexte (par exemple celui d'une interview avec un psychologue de la santé), que sur des croyances générales recueillies sur de grands échantillons et soumises à des analyses dimensionnelles. Le discours, la narration et le récit permettraient à chaque patient d'essayer de rendre l'histoire de sa maladie intelligible et contrôlable.

Divers chercheurs ont donc exploré les « récits » des patients, en tenant compte du contexte (proximal et distal) dans lequel ils étaient produits (Pédinielli, 1996, p. 138-144 ; Marks *et al.*, 2000, p. 256-262). Ainsi, les conceptions des patients sont-elles apparues sous forme d'histoires personnelles d'une maladie. Ces histoires, bien qu'émaillées de lacunes et distorsions, correspondent aux tentatives de chaque patient pour comprendre et expliquer sa maladie, ces représentations lui étant tout à fait nécessaires pour y faire face (et élaborer des stratégies de coping). Ces approches qualitatives ont permis d'identifier deux questions fondamentales chez les patients, celle des causes de la maladie et celle du sens de la maladie.

Il existe deux principaux outils qualitatifs issus de l'anthropologie médicale. Le premier est le Short Explanatory Model Interview (SEMI) (Lloyd et al., 1998). C'est un entretien standardisé présentant trois vignettes cliniques portant sur des difficultés psychologiques, il a été surtout utilisé dans le cadre de maladies psychiatriques. Le second est le Explanatory Model of Illness Catalogue (EMIC) (Weiss, 1997), il s'agit d'une grille d'entretien qui propose des thèmes à aborder et dont la structure est similaire à une méthode narrative ou encore à un récit de vie (Bhui et Bhugra, 2002). L'avantage de ce type d'outil est qu'il permet l'expression de réponses spontanées émergeant de l'expérience propre au patient et sans restriction (Baril et al., 2008). En revanche, les réponses peuvent être influencées par la capacité du sujet à verbaliser son vécu (Massé, 1995). Enfin, les entretiens étant très coûteux en temps, l'utilisation des méthodes qualitatives est impossible sur de grands échantillons.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

2.2.3 L'approche psychométrique des représentations de la maladie

On s'est intéressé à la manière dont les individus se représentent la maladie en général et leur maladie en particulier. Le scénario consiste à mener des entretiens semi-directifs ou non directifs, puis à faire des analyses de contenu (thématiques le plus souvent) à partir des matériaux recueillis. Les échelles sont construites à partir des catégories obtenues et soumises à un effectif important de sujets en population clinique ou non clinique.

Diverses échelles ont donc été construites pour évaluer les représentations et croyances relatives à la santé. La plus ancienne est l'IMIQ (*Implicit Models of Illness Questionnaire*), échelle à trente-huit items élaborée par Turk *et al.* (1986) mesurant quatre dimensions : gravité, responsabilité personnelle, contrôle, variabilité dans le temps.

Plus tard, le modèle de la représentation de la maladie en cinq facteurs a été largement prédominant et opérationnalisé avec l'IPQ (Illness Perception Questionnaire de Weinman *et al.*, 1996). Depuis, toutes les études évaluant la représentation de la maladie utilisent cet outil dans ses différentes versions. La première version de l'IPQ est constituée d'une liste de quatorze symptômes dont les patients doivent noter la fréquence, puis de vingt items concernant des représentations de la maladie organisées en quatre sous-échelles (cause, durée, conséquences et contrôlabilité). La plupart des recherches menées à l'aide de cet instrument ont fait l'objet d'une méta-analyse (Hagger et Orbell, 2003) montrant des effets des représentations de la maladie sur les stratégies de coping, le bien-être, le fonctionnement social et diverses issues adaptatives.

La version révisée de cet outil, l'IPQ-R (Moss-Morris *et al.*, 2002) inclut un certain nombre de modifications. Concernant l'échelle de symptômes, les patients sont invités à répondre s'ils ont ressenti ces symptômes depuis qu'ils sont malades et s'ils pensent que ces symptômes sont spécifiquement liés à leur maladie. À la sous-échelle « durée de la maladie », a été rajoutée une sous-échelle sur le caractère épisodique ou cyclique de la maladie. La contrôlabilité perçue de la maladie a été divisée en deux dimensions : contrôle perçu personnel et contrôle perçu vis-à-vis du traitement. Une sous-échelle de représentations émotionnelles a été ajoutée (la maladie est-elle à l'origine de sentiments comme la colère par exemple). D'après Hagger et Orbell (2005), c'est sans doute la modification la plus significative apportée à la version initiale. De plus, une sous-échelle de cohérence a été également ajoutée (sens de la maladie pour le patient).

Les récentes recherches utilisant cet outil dans le cadre de diverses pathologies montrent des effets de ces dimensions de la représentation de la maladie sur la santé et l'observance thérapeutique des patients (Kesler *et al.*, 2009 ; Mann *et al.*, 2009). Par exemple, la méta-analyse de French, Cooper et Weinman (2006) montre que chez les patients ayant eu un infarctus, ceux qui récupèrent le plus rapidement sont ceux qui percevaient l'événement comme contrôlable et ayant de sévères conséquences.

La longueur de l'IPQ-R (soixante-dix items au total) a finalement mené à la création de la BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire de Broadbent *et al.*, 2006) qui en est une version brève. Cette version est maintenant la plus utilisée. Une liste de huit symptômes est proposée aux patients qui doivent préciser à la fin les trois raisons principales qui, d'après eux, ont provoqué leur maladie. Il a été montré que les scores obtenus à la BIPQ sont très corrélés à ceux de l'IPQ-R[1] et à divers critères d'ajustement tels que la qualité de vie et l'observance thérapeutique (Kessler *et al.*, 2009). L'IPQ a été parfois critiqué car c'est un outil générique ne rendant pas forcément compte des spécificités liées au contexte des différentes maladies (French et Weinman, 2008). Les auteurs de l'IPQ, conscients de ce problème, ont encouragé les chercheurs à adapter les items aux diverses pathologies étudiées (Weinmann *et al.*, 1996 ; Moss-Morris *et al.*, 2002).

Enfin, un autre questionnaire auto-évalué s'intéresse plus précisément à la représentation de la maladie chronique : le questionnaire de cognitions liées à la maladie (ICQ, Evens *et al.*, 2001). Il est composé de dix-huit items, et trois facteurs sont évalués : impuissance, acceptation et bénéfices. Il a surtout été utilisé afin de comparer les croyances des patients entre plusieurs maladies comme la douleur chronique ou la fatigue chronique (Lauwerier *et al.*, 2010) par exemple.

2.2.4 Synthèse des approches qualitatives et quantitatives des représentations de la maladie

L'approche qualitative des récits des patients a permis de comprendre comment les diverses dimensions des croyances (décrites de façon générale par les approches cognitives et différentielles) s'intègrent et coexistent chez un sujet particulier. Les recherches quantitatives menées sur des échantillons importants ont, pour leur part, contribué à l'élaboration

1. On peut consulter le site suivant pour trouver l'échelle IPQ-R dans toutes les langues : *http://www.uib.no/ipq/*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'outils valides mesurant des dimensions clairement identifiées (validité de construit) et permettant de repérer rapidement les représentations. Ces deux approches ne sont pas contradictoires, mais complémentaires : elles ont des objectifs différents et correspondent à des étapes différentes de la recherche. Elles peuvent s'enrichir réciproquement.

Les limites formulées vis-à-vis des outils psychométriques invitent les chercheurs à compléter les études quantitatives relatives aux croyances par des études qualitatives. Elles pourraient notamment permettre, à l'aide d'entretiens semi-structurés, de construire et valider des versions de l'IPQ adaptées aux différentes maladies.

Les croyances naïves vis-à-vis des maladies, loin d'être spontanées, correspondent à un véritable travail d'élaboration psychique chez les patients : recherche des causes, reconstruction temporelle, quête de sens, projets de vie. Leur fonction est très probablement adaptative, ces processus permettant de ne pas être submergé par des affects négatifs (colère, détresse, culpabilité, honte, etc.). S'il ne s'agit que d'une première étape (« évaluative », selon Lazarus et Folkman, 1984a), celle-ci est un préalable nécessaire à la construction de véritables stratégies d'ajustements spécifiques vis-à-vis de la maladie et des traitements.

2.3 Le modèle d'auto-régulation de la maladie

Les représentations de la maladie se situent au cœur du modèle de Leventhal *et al.* (1992), modèle dit d'*auto-régulation* car il se focalise sur la façon dont les patients choisissent quels comportements adopter pour atteindre leurs objectifs. Il est également appelé *modèle du sens commun* parce que des croyances individuelles relatives aux maladies, issues du sens commun y jouent un rôle central. Pour Baril *et al.* (2005), le modèle de Leventhal compte parmi les théories profanes. Ce modèle intègre les cinq dimensions dominantes de la représentation de la maladie précitées : identité, cause, conséquence, temporalité et contrôle de la maladie (Cameron et Leventhal, 2003). Selon ce modèle, ces représentations seraient activées par diverses sources d'information socioculturelles (médias, éducation scolaire…) et personnelles (expériences concrètes de maladies). De nouvelles informations interagissent toujours avec les croyances préexistantes (Leventhal et Diefenbach, 1992) ; elles ont un impact plus important sur les représentations si elles sont congruentes avec les croyances originelles (de premier ordre) des patients (Baumann et Leventhal, 1985 ; Meyer, Leventhal et Gutmann, 1985 ; Rachman, Levitt et Lopatka, 1987).

Dans le cas de formes génétiques du cancer, par exemple, les résultats à des tests ADN ne sont pas perçus de la même façon si les individus pensent que la seule origine de la maladie est la composante génétique ou s'ils pensent que leur style de vie est également une cause. Dans le premier cas, on observe moins de changements de comportement(s) que dans le second (Marteau et Weinman, 2006). De nouvelles informations activent les schémas cognitifs stockés en mémoire. Une représentation actuelle intègre les croyances préexistantes, la perception des symptômes et ces nouvelles informations. Ces représentations guident les patients quant à leurs choix de stratégies de coping pour faire face à la maladie. Il s'agit donc bien d'un ajustement par rapport à une menace sur la santé, ajustement qui emprunterait deux voies d'auto-régulation concomitantes, l'une centrée sur le danger et l'autre sur l'émotion ressentie ; ces deux processus, cognitif et émotionnel, agissent ainsi en parallèle de manière indépendante (Marteau et Weinman, 2006). Ils sont bien représentés de façon parallèle dans le modèle proposé par Leventhal (2003) (voir figure 5.2).

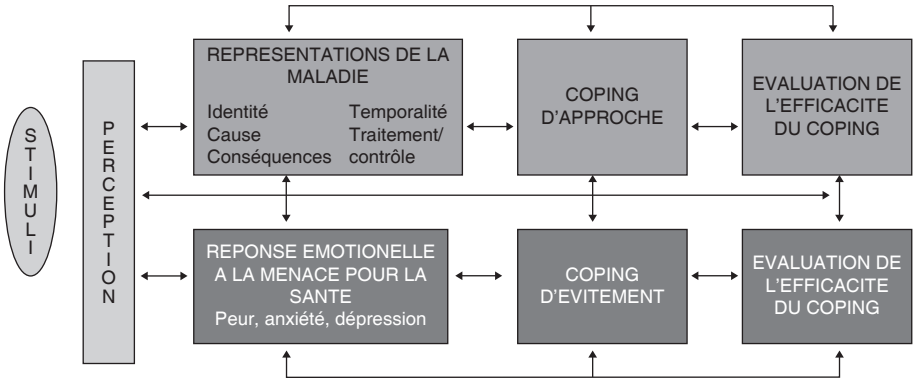


Figure 5.2 – *Modèle d'auto-régulation de la maladie de Leventhal (Leventhal* et al.*, 1992)*

Ce modèle s'appuie sur le principe du « si-alors » (Leventhal *et al.*, 1997) : la modification des représentations de la maladie engendre la modification des stratégies de coping pour y faire face ainsi que la modification des comportements de santé associés. Lorsqu'une maladie est perçue comme étant d'origine génétique ou héréditaire, les individus préfèrent prendre des médicaments que changer leurs comportements (Marteau *et al.*, 2004 ; Wright, Weinman et Marteau, 2003). Dans les interventions, la communication persuasive cherche à renforcer les

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

mécanismes de type « si-alors » (si je pense telle chose, alors j'agirai en conséquence) qui permettent d'induire de nouvelles représentations de la maladie générant des comportements plus efficaces sur la santé. Dans les modèles socio-cognitifs, la modification des comportements passe par la modification des croyances en matière de santé. Le modèle de l'auto-régulation de la maladie représente une tentative de conceptualisation des processus impliqués dans l'adaptation à la maladie en général, et pas seulement dans l'adoption de certains comportements de santé (observance thérapeutique par exemple) comme l'ont fait beaucoup de modèles socio-cognitifs.

Le processus d'auto-régulation suppose chez le patient une relation dynamique entre : l'interprétation de sa maladie, l'émotion qu'elle engendre, les stratégies de coping mises en place pour faire face et enfin l'évaluation qu'il fait de cet ajustement. Le patient sera motivé pour rétablir le fonctionnement normal qui a été perturbé par l'apparition de la maladie : ces quatre composantes interagissent de manière à maintenir l'équilibre (Ogden, 2008). Les processus parallèles (cognitif et émotionnel) illustrent le principe auto-régulateur du modèle. Les révisions apportées à l'IPQ-R s'appuient sur le modèle de l'auto-régulation ; elles prennent en compte notamment les représentations des répercussions émotionnelles de la maladie. Les émotions jouent un rôle important dans l'élaboration des représentations (cognitives) de la maladie et ces cognitions et émotions interagissent. En effet, le modèle suppose que les représentations cognitives de la maladie peuvent activer des émotions (telles que la colère, la honte, la culpabilité, la tristesse…) qui, à leur tour, peuvent influencer la perception des symptômes de la maladie. Il a été montré par exemple que la colère peut engendrer la rumination à propos de la maladie et motiver le patient à rechercher des informations pertinentes, ce qui peut favoriser le développement d'une représentation plus vaste et plus complexe de la maladie (Cameron et Chan, 2008). L'IPQ s'est avéré utile pour tester le modèle de l'auto-régulation.

Enfin, ce modèle suppose des boucles rétroactives illustrant le principe auto-régulateur ; il a permis, dans le cadre de l'autogestion des maladies, de proposer des interventions d'orientation cognitive, comportementale et émotionnelle (Leventhal *et al.*, 2008).

Nous allons examiner à présent dans quelle mesure les croyances et conceptions communes vis-à-vis de la santé peuvent avoir un impact sur les comportements et styles de vie sains ou à risques, ceux-ci étant considérés par de nombreuses approches socio-cognitives comme les déterminants essentiels de l'état de santé des individus.

3. Les comportements de santé (et de maladie)

Au cours du XX^e siècle, les causes de mortalité ont complètement changé, au moins dans les pays favorisés. On meurt essentiellement de maladies cardio-vasculaires et de cancers, maladies dues, en partie du moins, à des comportements à risques. Ainsi, l'attention des chercheurs s'est portée sur les « *comportements de santé* » et sur leurs prédicteurs. De ce fait, l'accent est mis sur les actions des individus et sur les conséquences de ces actions sur leur santé (Glanz, Rimer et Viswanath, 2008). C'est ainsi que divers *modèles socio-cognitifs* ont été élaborés en psychologie de la santé, considérant les croyances en matière de santé et notamment les risques perçus comme les principaux prédicteurs des comportements de santé.

3.1 Promotion de la santé : comportements sains, comportements à risque

La promotion de la santé vise à faciliter la protection et l'amélioration de l'état de santé des individus d'une communauté (accroître leur longévité, améliorer leur qualité de vie, prévenir ou réduire les effets des maladies sur les personnes qui en sont atteintes et sur leurs soignants). Elle intervient à deux niveaux : amélioration des facteurs environnementaux, modification des facteurs comportementaux.

Les interventions comportementales ont pour objectif essentiel d'améliorer les styles de vie des individus. Ce qui suppose certaines actions pour (1) modifier leurs conceptions, croyances, attitudes et représentations ; et pour (2) accroître leurs connaissances et informations sur les risques, les causes et les conséquences des maladies. On postule alors que les individus prennent des décisions rationnelles et que ce sont leurs cognitions qui sont à l'origine de leurs actions.

Il y aurait deux grands types de comportements de santé selon Matarazzo *et al.* (1984) : les *comportements à risque* (*health-impairing habits*) qui sont pathogènes et accroissent la probabilité d'être malade (fumer, boire de l'alcool, consommer trop de matières grasses ou de sucre, etc.) et les *comportements sains* – ou protecteurs – (*health-protective behaviors*), qui diminuent le risque d'être malade (faire de l'exercice, suivre les prescriptions médicales, consulter régulièrement un médecin, dormir suffisamment, mettre sa ceinture de sécurité, se brosser régulièrement les dents, mettre de la crème solaire, manger des fruits et des

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

légumes, utiliser des préservatifs, etc.). Ces comportements sains ont été définis par Kasl et Cobb (1966) comme les actions qu'ils perçoivent comme bénéfiques et qu'ils mettent en place dans le but de prévenir les maladies ou de détecter celles-ci à un stade précoce. Les individus savent que ces comportements peuvent les aider à rester en bonne santé, ceux-ci sont donc adoptés consciemment. Cette définition ne concerne que la prévention primaire et non les comportements de santé des sujets déjà atteints d'une maladie. Les comportements sains sont donc ceux qui permettent de prévenir ou de détecter une maladie mais aussi de protéger des risques et de promouvoir ou d'améliorer un état de santé satisfaisant.

3.2 Les types de comportements de santé

Il existe plusieurs façons de caractériser les comportements de santé (Kanz et Kegler, 2012). Tout d'abord, il peut s'agir d'un comportement isolé ou d'un groupe de comportements. C'est un groupe de comportements sains conjugués (manger équilibré, faire de l'exercice physique, ne pas fumer, etc.) qui constitue un style de vie sain. Il est rare qu'un même individu n'adopte que des comportements sains ou que des comportements à risques. Certains individus ont une activité physique régulière mais fument également, d'autres se voient contraints de suivre un régime alimentaire et se mettent à fumer pour compenser. Si certains comportements sont épisodiques, d'autres sont au contraire des comportements habituels. Dans ce dernier cas on parle plutôt de « style de vie ». C'est aussi un ensemble de comportements sains sur une longue durée qui représente un style de vie sain ou des habitudes de vie saines. Un comportement à risque épisodique sera beaucoup plus facile à modifier qu'un ensemble de comportements malsains (style de vie à risques) surtout s'il est durable. Il est évident que modifier un style de vie (stabilisé) est moins aisé que modifier un comportement isolé et récent.

Par ailleurs, certaines études sur les changements de comportements alimentaires ont montré que l'obstacle le plus important dans la réussite d'un régime est moins de consommer de nouveaux aliments que d'en abandonner certains (Morreale et Schwartz, 1995). Il convient donc de distinguer les comportements restrictifs et les comportements additifs. Le fait de remplacer un comportement par un autre, plutôt que d'en éliminer (même un seul), peut s'avérer souvent plus aisé.

Enfin, un changement de comportement peut être progressif ou soudain. D'après Kanz et Kegler (2012), un changement progressif est préférable, car plus durable sur le long terme. Néanmoins, certains individus ont besoin de résultats rapides pour rester motivés ; dans ces cas-là, à un changement de comportement important et rapide, peut succéder ensuite une progression plus lente.

L'importance des comportements de santé dans les déterminants de la santé est nettement mise en évidence dans les modèles sociocognitifs en psychologie de la santé puisque ceux-ci cherchent à prédire l'adoption de comportements sains ou à risques, plus que l'état de santé ultime.

3.3 L'importance des comportements de santé

Depuis le siècle dernier, on considère de plus en plus que les comportements sains jouent un rôle important quant à l'état de santé des individus. Dans un ouvrage consacré au rôle de la médecine, Mc Keown (1979) rappelle quel a été l'impact de la médecine sur la décroissance des maladies infectieuses depuis le XVIIe siècle (tuberculose, pneumonies, diphtérie, rougeole, grippe, variole, coqueluche). L'opinion la plus répandue consiste à attribuer cette diminution aux progrès de la médecine, notamment au XXe siècle (médicaments, vaccins, antibiotiques). Cet auteur montre pourtant que le déclin de ces maladies s'était amorcé bien avant la généralisation de ces traitements. Selon lui, la très importante diminution des maladies infectieuses depuis la fin du XIXe siècle n'est pas due seulement aux progrès de la médecine mais à des facteurs environnementaux et comportementaux affectant essentiellement l'alimentation et l'hygiène.

Les causes majeures de mortalité dans les pays développés sont des maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les accidents vasculaires cérébraux (deux tiers des décès), puis les accidents, les pneumonies et la grippe. Or, des facteurs comportementaux (styles de vie nocifs) seraient responsables d'environ 50 % de la variance de la mortalité due à ces maladies et événements (d'autres facteurs, étant en cause, comme l'exposition à des agents pathogènes, un dysfonctionnement physiologique, une constitution vulnérable, etc.).

Actuellement, les comportements de santé déterminant le plus la santé des individus sont : les régimes alimentaires, la consommation de tabac, l'activité physique, les comportements sexuels, la consommation

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'alcool, le dépistage du cancer et la conduite automobile. De façon moins importante, on peut citer également la non-utilisation de crème solaire, un sommeil ou une hygiène dentaire insuffisants. Ces divers comportements à risque sont fortement associés aux taux de morbidité et de mortalité ; en effet, bon nombre de pathologies et de décès sont attribuables aux styles de vie. Par exemple, on peut voir dans le tableau 5.1 que plus de 20 % des décès chez les adultes masculins sont dus au tabagisme et qu'environ 20 % sont dus au surpoids (et à l'obésité) et au manque d'activité physique.

Les maladies cardio-vasculaires sont associées au fait de fumer et de boire de l'alcool, à un taux excessif de cholestérol, au manque d'exercice, à la tension artérielle et au stress. Des facteurs comme le tabagisme, la consommation d'alcool et une alimentation mal équilibrée sont impliqués dans le développement des cancers. La non-consommation de fruits et légumes serait associée au risque de développer des maladies cardio-vasculaires et certains cancers (Marmot *et al.*, 2007). On pourrait multiplier les exemples démontrant un lien étroit entre style de vie et état de santé ou longévité.

Tableau 5.1 – *Pourcentages de causes majeures de décès en Europe (Allender* et al.*, 2008)*

	Hommes	**Femmes**
Toutes MCV	43 %	54 %
Maladies coronariennes	21 %	22 %
AVC	11 %	17 %
Autres	11 %	15 %
Tous cancers	21 %	17 %
Cancer du poumon	6 %	2 %
Cancer du sein		3 %
Cancer colorectal	2 %	2 %
Autres	13 %	10 %
Maladies respiratoires	7 %	6 %
Accidents et blessures	12 %	5 %
Autres causes	17 %	18 %

Tableau 5.2 – *Décès dus à des causes attribuées aux styles de vie en 2005 aux États-Unis (Danaei* et al.*, 2009)*

	Hommes		Femmes		Total	
	N décès	**%**	**N décès**	**%**	**N décès**	**%**
Tabac	248.000	20.7	219.000	17.5	467.000	19.1
Surpoids/obésité	114.000	9.5	102.000	8.2	216.000	8.8
Inactivité physique	88.000	7.3	103.000	8.2	191.000	7.8
Cholestérol	60.000	5.0	53.000	4.2	113.000	4.6
Régime salé	49.000	4.1	54.000	4.3	102.000	4.2
Alcool	45.000	3.8	20.000	1.6	64.000	2.6
Peu de fruits et légumes	33.000	2.8	24.000	1.9	58.000	2.4

Il y avait environ quinze mille centenaires en France en 2010. C'est un effectif impressionnant. Pourtant, il y a chez certains peuples habitant de hautes vallées de Géorgie et l'île d'Okinawa au Japon une proportion bien plus importante de centenaires que chez nous (quatre cents sur cent mille contre vingt pour cent mille en France). Si des facteurs biologiques et génétiques favorables sont suspectés, on a relevé en outre dans ces populations des styles de vie particuliers : s'adonner toute sa vie à un travail valorisant et vigoureux, manger très peu de viandes et de graisses et beaucoup de fruits et légumes, ne pas fumer, ne pas boire d'alcool, mener une vie peu stressante et recevoir du soutien social (Ogden, 2007, p. 15).

On peut se demander pourquoi les gens ne font pas ce qui est bon pour eux. L'une des raisons est que la plupart des comportements à risques procurent un plaisir immédiat (fumer une cigarette, manger un gâteau à la crème) et que leurs conséquences nocives semblent bien lointaines et abstraites. Une autre raison est l'incitation sociale qui pousse les enfants et les adolescents notamment, à adopter les normes et pratiques de leur groupe d'appartenance. Certains comportements nocifs deviennent des habitudes dont il est bien difficile de se déprendre. Enfin, le public n'est pas toujours bien informé des risques exacts associés à certains comportements dangereux, ni de la façon de s'en débarrasser. Les styles de vie semblent donc des prédicteurs très importants de la longévité et de l'état de santé des individus.

Cependant, l'importance des comportements de santé varie dans le temps et en fonction des populations. Dans les pays développés, se laver les mains est recommandé auprès de tous en raison de son impact sur le risque d'infection, alors que dans les pays en voie de développement,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

ce comportement n'a vraiment d'importance que pour les professionnels de santé. L'obésité, fortement déterminée par l'alimentation et la pratique sportive, n'était pas courante il y a cinquante ans. Elle est devenue un important facteur de risque dans le domaine des maladies cardio-vasculaires ou du diabète de type 2. L'utilisation du préservatif est devenue un important comportement protecteur depuis les vingt-cinq dernières années. Il en va de même avec l'auto-examen des seins qui est devenu récemment l'un des comportements préventifs majeurs vis-à-vis du cancer du sein. Les chercheurs et praticiens en psychologie de la santé ont donc essayé de comprendre et de prédire les comportements sains et à risque. Les recherches visant à prédire les comportements de santé ont abouti à des modèles intégrant plusieurs types de facteurs et ont montré l'importance des croyances des individus relatives à la santé et à la maladie.

4. Des croyances aux comportements : les approches socio-cognitives

Certaines approches cognitives de la santé valorisent le rôle des croyances, représentations communes qui seraient des déterminants fondamentaux des comportements sains ou à risques et donc de l'état de santé des individus ; en effet, ce dernier peut être indirectement sous leur contrôle par le biais des « styles de vie » qu'ils choisissent d'adopter. Le *changement de comportement* est au centre des modèles socio-cognitifs. Il existe deux sortes de modèles censés prédire l'adoption de comportements de santé : les *modèles en continuum* et les *modèles en stades*. Quelques modèles parmi ceux que nous allons présenter ici s'inspirent de la théorie de l'utilité espérée (*Subjective Expected Utility*) d'Edwards (1954), qui considère l'adoption de certains comportements, sains ou à risques, comme résultant d'une évaluation préalable de leur utilité (coûts et bénéfices). Le premier et le plus populaire de ces modèles est le Health Belief Model, qui a été largement complété et amélioré depuis ses premières formulations.

4.1 Les modèles en continuum

4.1.1 Le *Health Belief Model* (HBM)

Ce modèle des croyances en matière de santé a été développé tout d'abord par Rosenstock (1966, 1974) puis par Becker et ses collègues (1975, 1984). Il a été construit pour prédire les comportements sains ou à risques à par-

tir de quelques facteurs cognitifs (évaluations, perceptions, croyances), ceci dans un contexte où l'on cherchait à comprendre les réticences des usagers à adopter certaines mesures préventives et à suivre les prescriptions médicales (*adhésion thérapeutique* ou « *compliance* »). Ce modèle suggère que certaines croyances, perceptions et attitudes jouent un rôle fondamental dans l'adoption de comportements protecteurs.

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 :

1) la *vulnérabilité perçue* : se sentir plus ou moins vulnérable vis-à-vis d'une (ou plusieurs) maladie(s). Exemple : « Je cours un risque important d'avoir un cancer du poumon » ;
2) la *gravité perçue* : évaluer une (ou des) maladie(s) comme plus ou moins sérieuse(s). Par exemple : « Le cancer du poumon est une maladie très grave » ;
3) 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 » ;
4) les *coûts ou obstacles perçus* : croire que certains inconvénients sont associés à l'adoption d'un comportement sain. Exemple : « Arrêter de fumer va me rendre très nerveux ».

Ce modèle initial sera révisé et complété : Becker et Mainman (1975) y ajouteront le rôle des attitudes motivationnelles des individus vis-à-vis de la santé en général (sorte de cinquième facteur) ; Becker et Rosenstock (1984) y adjoindront deux catégories d'antécédents : sociodémographiques et individuels. A été ajouté également par ces auteurs l'effet de certains signaux déclencheurs internes (ressentir des symptômes) et externes (recevoir des messages de prévention). Tous ces facteurs sont représentés dans le modèle final (voir figure 5.3).

L'intérêt de ce modèle est de prendre en compte les croyances et représentations communes (profanes) des individus, ce qui le distingue des modèles biomédicaux qui tentent de définir la santé et la maladie de façon savante, le plus « objectivement » possible. De nombreuses études se sont intéressées aux représentations et croyances naïves pour évaluer par exemple l'adoption de comportements préventifs (grossesses à risques, sida, maladies cardio-vasculaires, dépistage du cancer, etc.) ou l'engagement dans des styles de vie sains (participation à des activités physiques, par exemple). Le modèle HBM a eu un impact important sur

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

l'élaboration de divers programmes de prévention : tuberculose, cancers, sida et plus récemment maladies cardio-vasculaires. Ce modèle a été utilisé dans des programmes de réhabilitation pour montrer le rôle des croyances de santé de patients ayant eu un accident cardiovasculaire (Sullivan *et al.*, 2008).

On a pu en effet vérifier l'impact des croyances des individus sur la probabilité d'adopter des comportements sains. Les recherches menées à l'aide du modèle HBM ont montré que la vulnérabilité et la gravité perçues de certains problèmes de santé et que les bénéfices de certains comportements sains sont supérieurs aux coûts estimés prédisent en effet l'adoption de certains comportements comme une bonne hygiène alimentaire, le recours au dépistage, l'usage d'un préservatif, le fait de se faire vacciner, une bonne hygiène dentaire, le sevrage alcoolique et tabagique et la participation à des activités physiques. Le rôle des signaux déclencheurs a, lui aussi, été établi par quelques études. C'est le cas des messages d'information qui peuvent améliorer l'hygiène dentaire, le comportement tabagique et la conduite automobile. Ces messages sont plus efficaces lorsqu'ils « font peur » (Ogden, 2007, p. 25).

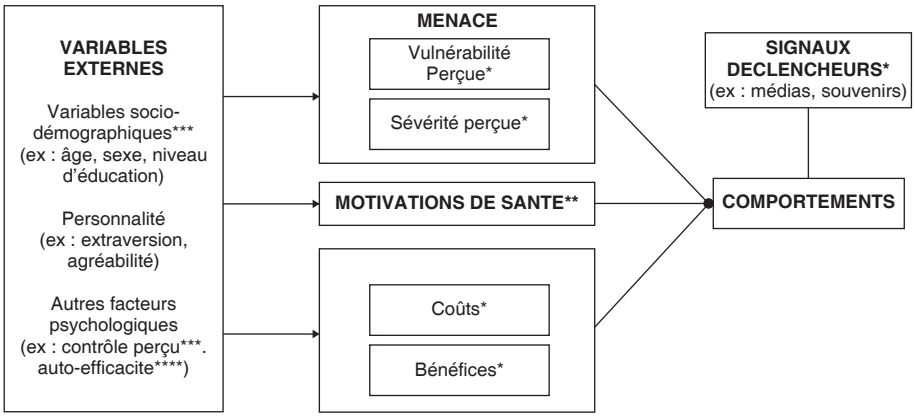


Figure 5.3 – *Le modèle HBM ou modèle de croyance de santé (Rosenstock*, 1966, 1974 ; Becker & Mainman**, 1975 ; Becker & Rosenstock***, 1984, 1987 ; Norman & Brain****, 2005)*

D'après la méta-analyse de 19 études consacrées à la prédiction de l'observance thérapeutique, c'est la gravité perçue puis les coûts et bénéfices perçus, qui prédisent le mieux ce critère (Becker et Rosenstock, 1984). Plus récemment, dans le cas de l'auto-examen dans la prévention primaire du cancer du sein, Norman et Brain (2005) ont montré que l'ensemble des variables évaluées dans le modèle avaient un effet

assez faible. L'effet le plus important était celui des obstacles perçus suivi des bénéfices perçus puis de la gravité perçue. Dans l'étude de Sullivan *et al.* (2008) menée sur des patients cardiaques en phase de réhabilitation, lorsque l'ensemble des variables du modèle est pris en compte, les bénéfices perçus expliquent 28 % de la variance et les autres variables ne prédisent que faiblement l'intention de faire de l'exercice physique. Par ailleurs, les applications du modèle HBM à des populations ayant la même pathologie mais des âges très différents ont abouti à des résultats différents entre jeunes adultes et personnes âgées (Brownlee-Duffeck *et al.*, 1987). Ceci ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble des populations cliniques.

Le modèle HBM a donc été critiqué, non seulement en raison des résultats contradictoires obtenus dans les études qu'il a suscitées, mais aussi en raison de ses faiblesses méthodologiques et théoriques : il ne précise pas quelles sont les relations entre les divers médiateurs (indépendance, interactions), ni entre prédicteurs et critères (effets directs, indirects) ; il fait abstraction des facteurs contextuels (influence de la famille, des pairs, de la communauté, etc.) ; il occulte les facteurs émotionnels (stratégies d'ajustement centrées sur l'émotion, comme l'évitement ou impuissance, etc.) ; la relation entre croyances et comportements n'est sans doute pas aussi mécanique et rationnelle dans la réalité ; enfin, l'approche des croyances est statique et ne laisse aucune place à une optique développementale ni processuelle (Schwarzer, 1992).

Le modèle HBM a été révisé, avec ajout de diverses variables, dont en particulier, certaines caractéristiques individuelles salutogènes de personnalité comme *l'auto-efficacité perçue* (croyance en sa capacité à atteindre ses objectifs)[1]. Sullivan *et al.* (2008) montrent en particulier que lorsque l'auto-efficacité perçue est incluse dans le modèle HBM, le pourcentage de variance expliquant le changement de comportement augmente significativement. Cependant, il y manque encore certaines variables processuelles (transactions individu-environnement), situées entre les croyances et les perceptions des individus, d'une part, ou entre croyances et comportements effectifs, d'autre part, ainsi que des facteurs contextuels (comme les croyances et normes du groupe). Certains auteurs proposent en outre d'utiliser des techniques d'évaluation plus valides, ce qui permettra peut-être d'améliorer la prédictivité du modèle HBM (Rosenstock *et al.*, 1994).

1. Bandura (1977) a montré que l'auto-efficacité perçue, caractéristique individuelle qui se développe à travers les expériences personnelles de succès et d'échec, joue un rôle médiateur vis-à-vis de l'adoption effective de certains comportements.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

D'autres modèles socio-cognitifs se sont développés dans le but d'étudier les croyances, motivations, attitudes et normes affectant *les intentions de comportement* et les comportements effectifs, mais aussi dans le but de mieux comprendre pourquoi il est si difficile pour certains individus de conserver de bonnes habitudes. La théorie de la cognition sociale de Bandura (1977, 1986) suggère que le comportement des individus dépend de diverses attentes, motifs (chaque fois que de nouvelles notions apparaissent, il faut les définir…) et cognitions sociales : attentes d'auto-efficacité (« Je pourrais m'arrêter de fumer si je voulais »), attentes concernant les conséquences des comportements (« Fumer peut provoquer un cancer du poumon », « Arrêter de fumer peut réduire ce risque »), motifs concernant les divers renforcements associés aux comportements (« Fumer réduit l'anxiété »). Les *cognitions sociales*, composantes centrales de ces modèles, incluent la façon dont l'individu perçoit les croyances, normes et représentations d'autrui (par exemple : « Mes amis pensent que je devrais m'arrêter de fumer »). Quelques exemples choisis parmi les modèles socio-cognitifs les plus populaires seront présentés ci-dessous.

4.1.2 La théorie du comportement planifié (TCP)

La théorie du comportement planifié (TCP), développée par Ajzen (1985, 1991), complète le modèle de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980) en y intégrant le *contrôle comportemental perçu* en plus de l'*attitude vis-à-vis du comportement* et des *normes subjectives*. Le *contrôle comportemental perçu* est un concept dérivé de celui d'efficacité perçue (Bandura, 1977) et serait le troisième facteur prédisant l'intention de comportement (*cf.* figure 5.4). L'intention de comportement serait, comme dans le modèle précédent, un prédicteur fondamental de l'adoption effective de ce comportement. Cette dernière résulte de la combinaison de trois types de croyances :

1) l'*attitude générale vis-à-vis d'un comportement*, qui dépend à la fois de l'évaluation de ce comportement (plus ou moins favorable) et des croyances relatives à ses conséquences (par exemple « C'est agréable de pratiquer une activité physique et cela peut améliorer mon état de santé ») ;
2) les *normes subjectives*, qui dépendent à la fois des normes sociales (pressions incitant l'individu à adopter ce comportement) et de l'adhésion de l'individu à ces normes (par exemple : « Mon entourage me pousse à perdre du poids et j'attache de l'importance à son avis ») ;

3) le *contrôle comportemental perçu*, qui consiste à croire que l'on pourra adopter un comportement (sain ou de prévention). Ce contrôle perçu dépend de facteurs internes (capacités, informations, efforts) et externes (occasions, obstacles). Il pourrait affecter le comportement indirectement (par la médiation de l'intention), mais aussi directement.

On peut formuler ainsi les hypothèses sous-jacentes à ce modèle : les individus sont prêts à adopter un comportement sain s'ils croient que ce comportement donne des résultats, s'ils valorisent ces résultats, si les gens dont le point de vue est important pour eux pensent qu'ils devraient se comporter ainsi, et enfin s'ils considèrent que l'action envisagée est contrôlable (Conner et Norman, 1995, p. 189).

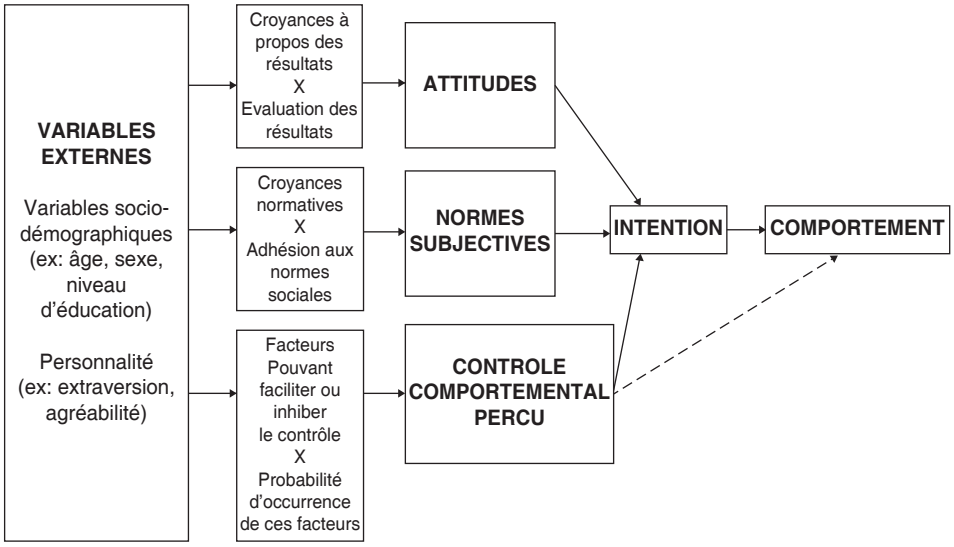


Figure 5.4 – *La Théorie du Comportement Planifié (Ajzen et Fishbein, 1980)*

Le modèle TCP a été appliqué à une grande variété de comportements de prévention (auto-examen des seins ou des testicules, usage d'un préservatif, adhésion à un régime amaigrissant). Une revue systématique des interventions basées sur la TCP a montré que sur trente études, vingt-trois ont constaté un changement de comportement effectif (Hardeman *et al.*, 2002). Les études menées sur ce modèle ont été critiquées car elles évaluaient non pas l'adoption effective, mais seulement l'adoption auto-évaluée d'un comportement sain (Clayton *et al.*, 2003). Ceci a incité beaucoup d'auteurs à évaluer de façon objective les changements de comportements (Milton et Mullan, 2011).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Certains auteurs ont reproché au modèle TCP de ne pas prendre en compte certains facteurs pouvant jouer un rôle déterminant (Terry *et al.*, 1993 ; Morin, 2001)[1]. En fait, il semble que ce soit le *contrôle perçu* qui joue ici le rôle prédominant. On peut reprocher à ce modèle de ne pas proposer de direction de causalité, ni de séquences (on ignore quel est le déroulement temporel de ces croyances). Son grand mérite par rapport aux modèles antérieurs est d'inclure certaines variables psychosociales et contextuelles (normes) ainsi que quelques attitudes et perceptions (ce qui permet de prendre en compte certains aspects irrationnels des croyances).

Les ajustements progressifs du modèle à la complexité du phénomène qui consiste à adopter un comportement sain se sont traduits par une amélioration de sa prédictivité, notamment en ce qui concerne la participation à des activités physiques et l'adoption de comportements préventifs (vis-à-vis des cancers et du sida). Selon Trafimow, Sheeran, Conner et Finlay (2002), il convient de distinguer le contrôle perçu (vis-à-vis d'un comportement de santé) de la difficulté perçue à l'accomplir. La difficulté perçue correspond à une évaluation de l'effort qui sera nécessaire pour réussir à adopter le comportement tandis que le contrôle perçu est une évaluation de l'individu de sa capacité à agir de façon volontaire. Il s'agirait de deux aspects différents pouvant être influencés par des variables bien distinctes. La difficulté perçue serait un meilleur prédicteur du comportement que le contrôle perçu. Le modèle TCP et d'autres modèles ont gagné en prédictivité en différenciant et en intégrant la difficulté perçue et le contrôle perçu (Rhodes *et al.*, 2006 ; Hagger et Chatzirantis, 2005).

4.1.3 Le modèle de la motivation à se protéger

À la vulnérabilité et à la gravité perçues, qui jouent un rôle central dans des modèles comme le TCP, s'ajoute l'effet de messages de persuasion censés faire peur dans le modèle de la motivation à la protection (Beck et Frankel, 1981). En effet, les perceptions de vulnérabilité et de gravité (associées à une menace perçue), résulteraient de ces messages effrayants. Ces perceptions se combineraient à celles concernant l'existence de comportements protecteurs pour la santé qui engendreraient la motivation à se protéger et, par la suite, l'intention d'adopter de tels comportements (voir figure 5.5).

1. L'usage d'un préservatif peut dépendre de facteurs contextuels et/ou momentanés (être avec un nouveau partenaire, avoir consommé de l'alcool, attitude du partenaire, etc.).

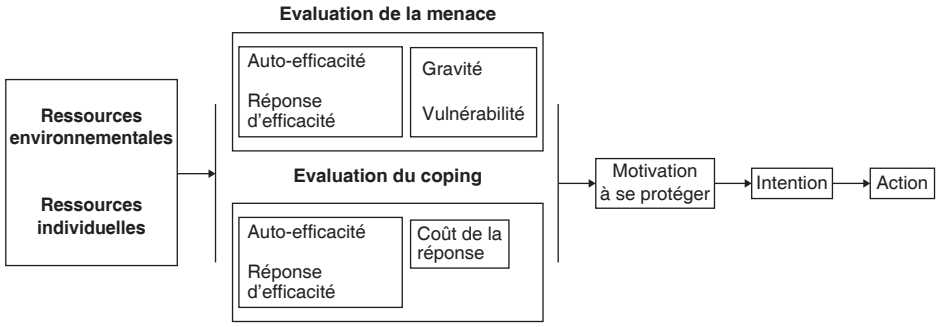


Figure 5.5 – *La théorie de la motivation à se protéger (Rogers, 1983)*

La théorie de la motivation à se protéger (Rogers, 1983) précise quels sont les processus d'évaluation cognitive qui précèdent la motivation à se protéger, c'est-à-dire l'intention d'adopter un comportement sain. Selon Rogers, les messages angoissants activeraient plusieurs perceptions incitant les individus à adopter un comportement protecteur : gravité perçue de la menace, vulnérabilité perçue (incluses dans le TCP), l'efficacité perçue de ce comportement (penser que la réduction du comportement malsain réduit le risque) et l'auto-efficacité (penser que l'on a les capacités d'adopter le comportement sain ou de réduire le comportement pathogène).

Cette théorie distingue l'évaluation de la menace d'une part et l'évaluation de la réponse de l'individu pour y faire face (coping) d'autre part, ces deux évaluations s'élaborent de façon parallèle (voir figure 5.6). L'évaluation de la menace (par exemple, fumer) est une évaluation de la vulnérabilité (est-ce que j'ai des risques de contracter un cancer du poumon ?) et de la gravité de la menace (est-ce que cette maladie est grave ?) ainsi que des bénéfices associés à l'adoption de comportements pathogènes (l'arrêt du tabac me permettra de faire des économies). L'évaluation des stratégies de coping est une auto-évaluation de la part de l'individu de l'efficacité de sa réponse, de son sentiment d'auto-efficacité et des coûts relatifs aux comportements protecteurs recherchés.

Ces deux évaluations parallèles sont censées interagir : la motivation à se protéger est plus forte lorsque l'individu prend la menace au sérieux et qu'il pense que ses stratégies de coping seront efficaces.

Un message tentant de persuader l'individu d'adopter un comportement protecteur est mieux accepté qu'un message effrayant tentant de le dissuader d'adopter un comportement à risque. Ainsi, un message effrayant a un effet indirect sur la motivation à se protéger, effet

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

médiatisé par l'évaluation de la menace. On parle en revanche d'effet « boomerang » dans le cas où la menace est perçue comme importante et l'efficacité faible ce qui mène à une diminution de la motivation à se protéger (Rogers et Prentice-Dunn, 1997).

Ainsi, certaines interventions visant à augmenter la menace perçue (par des messages effrayants) peuvent être contre-productives chez les individus ayant une faible auto-efficacité perçue. Des études menées sur les fumeurs ayant déjà échoué plusieurs fois dans leurs tentatives de sevrage ont montré que leur intention d'arrêter de fumer diminue lorsque des messages dissuasifs augmentent les menaces perçues associées au tabagisme (Ruiter et Cok, 2006). D'autres études s'appuyant sur ce modèle ont été menées récemment, notamment dans le domaine des cancers de la peau (Azzarello, 2006 ; De Wit, 2004). La revue de littérature de De Hoog, Stroebe et De Wit (2007) se focalise sur les effets de messages dissuasifs effrayants en distinguant bien les effets différentiels de ces messages selon leur forme (message écrit, image choc, etc.), la vulnérabilité individuelle perçue et la gravité du comportement perçue par les destinataires.

4.1.4 Le modèle étendu des réponses parallèles (EPPM)

Dans le « modèle étendu des réponses parallèles » (*Extended Parallel Process Model*, EPPM, Witte, 1992, 1998) comme dans le modèle de la motivation à se protéger, l'individu évalue la menace et l'efficacité de sa réponse face à celle-ci (voir figure 5.6). La menace est évaluée en premier. Lorsque les individus perçoivent une menace comme importante, ils n'ont pas peur et ne sont donc pas motivés pour changer de comportement. L'efficacité de la réponse ici est similaire à l'évaluation de la réponse de coping de la théorie de la motivation à la protection. La différence entre les deux modèles est que le sentiment de peur occupe une place centrale dans le EPPM alors que l'évaluation de l'efficacité du comportement protecteur joue un rôle secondaire. Si la menace (par exemple, manger gras) est perçue comme insignifiante, le modèle EPPM stipule qu'il n'y a alors pas la motivation suffisante pour que les individus s'engagent dans un processus de changement de comportement, ils vont simplement ignorer l'information. En revanche, lorsque le risque de santé est perçu comme sérieux, les individus ont peur et c'est cette peur qui les pousse à envisager des stratégies de coping alternatives : ils anticipent de nouvelles stratégies de coping qu'ils pourront mettre en place si jamais la première stratégie ne fonctionne pas.

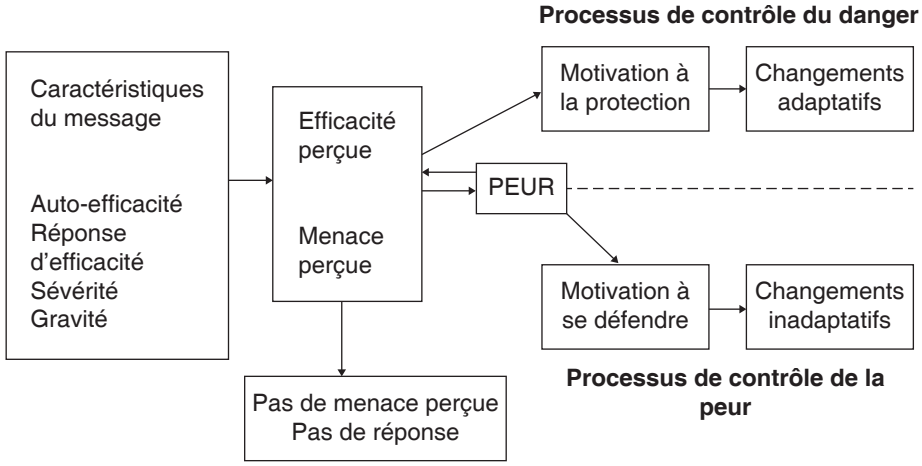


Figure 5.6 – *Modèle en processus parallèles (Witte, 1992)*

Le processus de *contrôle du danger* est une tentative pour contrôler la menace tout en étant motivé pour adopter un comportement de protection. Le processus de *contrôle de la peur* est un ensemble de stratégies destinées à diminuer la peur plutôt que d'adopter un comportement de protection. Ces stratégies peuvent être le *déni* (penser que le comportement n'est pas lié au cancer), l'*évitement* défensif (essayer délibérément d'éviter de penser au cancer) et la *réactance* (penser que le message concernant la santé est une manipulation et donc l'ignorer) (Witte et Allen, 2000). Lorsque l'efficacité perçue est plus forte que la menace perçue (voir figure 5.6), les individus s'engagent dans un processus de contrôle du danger tandis que dans le cas inverse, ils s'engagent dans un processus de contrôle de la peur. Ceci est très proche du coping centré sur l'émotion/évitement *versus* coping centré sur le problème décrit pour faire face aux situations stressantes (Lazarus et Folkman, 1984). Il peut y avoir ici aussi un effet boomerang lorsque la motivation à adopter le comportement protecteur est absente au profit de l'évitement ou d'une minimisation de la menace ; lorsque les individus ont une efficacité perçue faible, les messages effrayants (à but dissuasif) auront des effets contraires aux effets escomptés.

4.2 Les modèles en stades de changement

Comme nous venons de le voir, dans les modèles en continuum, les différents prédicteurs se combinent dans une seule et même équation qui mène à la tendance à agir. Le but des interventions dans ce cas est d'amener les individus sur des chemins menant à l'issue. Certains

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

auteurs ont développé, plus récemment, des modèles en stades, stipulant que le processus de changement se compose de plusieurs phases distinctes qualitativement. Il s'agit d'un processus séquentiel comprenant des phases ordonnées à franchir pour arriver à la dernière phase qui peut être l'adoption (ou le maintien), du comportement protecteur. Ainsi, tous les individus peuvent être situés à un moment donné dans l'un des stades. D'après Weinstein, Rothman et Sutton (1998), les modèles en stades ont trois caractéristiques :

1) les stades sont définis par des cognitions, des émotions et des comportements spécifiques ;
2) le processus est séquentiel : les individus passent d'un stade au stade suivant, jusqu'au dernier stade, mais peuvent revenir à un stade antérieur ;
3) les individus qui en sont à un même stade font face aux mêmes obstacles pour passer au stade suivant, mais les obstacles rencontrés sont différents d'un stade à l'autre.

Le modèle en stades le plus populaire est le modèle transthéorique.

4.2.1 Le modèle transthéorique du changement

Le modèle *transthéorique du changement* (Prochaska et DiClemente, 1983) est le plus ancien des modèles en stades et reste de loin le plus utilisé (Prochaska *et al.*, 1992 ; Prochaska et Velicer, 1997). Il est issu d'interventions basées sur les expériences cliniques de changement dans la consommation tabagique.

Le premier stade, caractérisé par un manque de motivation au changement, est celui de la *précontemplation*. Le stade suivant, dans lequel les individus souhaitent changer à moyen terme (habituellement défini entre un et six mois), est celui de la *contemplation* La *préparation* est le stade au cours duquel les individus ont l'intention de changer à court terme (un mois) et ont franchi les étapes pour se sentir prêts. L'*action* est la phase correspondant aux six premiers mois de changement, les individus sont ensuite dans la phase de *maintenance*. Le sixième et dernier stade correspond au moment où l'individu n'est plus du tout tenté d'adopter à nouveau le comportement pathogène initial. Les trois premiers stades correspondent aux *processus motivationnels*, les deux suivants aux *processus comportementaux*. Les individus sont supposés passer d'un stade à l'autre dans l'ordre. Le modèle transthéorique propose dix processus de changement facilitant les passages d'un stade à l'autre (voir figure 5.7).

Tableau 5.3 – *Modèle transthéorique d'après Sniehotta et Aunger (2012)*

Stade	Définition	Processus de changement
Pré-contemplation	Ne pense pas sérieusement à changer de comportement.	Augmentation de la conscience de l'utilité de changer de comportement
		Expression des sentiments du comportement problème et des solutions envisageables
		Réévaluation de l'environnement
Contemplation	Pense sérieusement à changer de comportement dans les 6 prochains mois mais pas dans les 30 prochains jours et n'a pas tenté de changé de comportement l'année précédente.	Auto-réévaluation
Préparation	Pense sérieusement à changer de comportement dans les 30 prochains jours.	Auto-libération
		Libération sociale
Action	6 premiers mois de changement.	Contrôle de la situation
		Solutions alternatives
Maintenance	Changement maintenu depuis plus de 6 mois.	Soutien social
		Gestion de l'aide
Terminaison	Absence complète de tentation.	Plus besoin de faire des efforts pour maintenir le comportement

4.2.2 Le « modèle du processus de précaution adapté » (PAPM)

Le modèle du processus de précaution adapté (*Precaution Adoption Process Model*, PAPM) a été développé par Weinstein (1988) ; il s'agit d'un modèle en stades, dont l'aboutissement est l'adoption effective du comportement (voir tableau 5.4). Weinstein place lui aussi la vulnérabilité individuelle perçue au centre de son modèle. Les stades sont ici au nombre de sept : insconscience totale de l'impact d'un comportement sur la santé (stade 1) ; se forger une opinion (stade 2) ; suspendre son jugement sans prendre de décision (stade 3) ; décider de ne

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

pas agir, au moins pas tout de suite (stade 4). Ces individus qui choisissent activement de ne pas changer de comportement peuvent être plus résistants aux messages persuasifs et s'engager dans des actions qui protègent leur décision. Plus tard, ils peuvent prendre la décision inverse d'adopter le comportement protecteur (stade 5). Enfin, ils peuvent initier le comportement (stade 6) ; puis maintenir le changement (stade 7).

Tableau 5.4 – *Modèle PAPM d'après Weinstein, Sandman et Blalolck (2008)*

Stade	État psychologique	Progression	Facteurs de changement
1	Pas conscient		
2	Pas engagé	Premiers apprentissages	Messages médiatiques
3	Pas décidé	Jugement en suspension	Communication via autrui
			Expérience personnelle
4	Décidé à ne pas agir	Prise de décision négative	Croyances à propos du hasard et de la gravité
			Croyances à propos de la vulnérabilité personnelle
5	Décidé à agir	Prise de décision positive	Croyances à propos des précautions à prendre
			Comportements et recommandations des autres
			Normes sociales perçues
			Peur et colère
6	Action	Initiation du comportement	Temps, efforts et ressources nécessaires à l'acte
			Informations détaillées sur « comment faire »
			Assistance dans la réalisation de l'action
7	Maintien	Engagement dans l'action et maintien du comportement	

L'une des principales différences entre le modèle transthéorique et le modèle PAPM est qu'il n'est pas obligatoire de passer par tous les stades. Les stades 3, 4 et 5 peuvent être exclusifs, chacun pouvant être

une conséquence directe du second stade. De même, le stade 3 peut mener au stade 4 ou au stade 5 directement. Le stade 4 peut être à la fin du cycle si l'individu maintient sa décision de ne pas modifier son comportement. La perception de la vulnérabilité personnelle se développe au cours d'une série de stades ordonnés. L'individu prend d'abord conscience que certains comportements peuvent être dangereux pour la santé, ceci étant vrai pour les autres (vulnérabilité générale) puis aussi pour lui (vulnérabilité personnelle). Weinstein (1980) parle de « biais d'optimisme » lorsque l'écart entre la perception de la vulnérabilité générale et de la vulnérabilité personnelle est important. C'est cette vulnérabilité personnelle qui influence le plus l'adoption d'un comportement protecteur (Weinstein, Rothman et Sutton, 1998).

En revanche, bien que chaque stade soit bien décrit, les facteurs spécifiques impliqués dans le passage d'un stade au stade suivant ne sont pas développés : on ne sait rien des transitions interstades (Weinstein et Sandman, 1992). Pourtant, des obstacles se présentent à chaque étape du modèle. Ainsi ce modèle n'est pas strictement opérationnalisable ni réfutable. Son objectif est surtout d'élucider les processus menant à l'adoption d'un nouveau comportement.

4.3. Les modèles socio-cognitifs, discussion

4.3.1 Modèles en continuum *versus* modèles en stades

D'après Schwarzer (2008), les deux types de modèles ont leurs avantages et leurs inconvénients : les modèles en continuum sont nécessaires pour expliquer et prédire mais ils sont souvent trop généraux, toutes les variables d'un même modèle devant être prises en compte en même temps dans les interventions de promotion de la santé. Dans les modèles en stades, chaque stade peut guider une intervention spécifique. Il est proposé aux chercheurs d'utiliser les modèles en continuum et aux praticiens d'utiliser ceux en stades (Schwarzer, Lippke et Luszczynska, 2011). Cependant, Schwarzer pense qu'il est possible d'intégrer les deux approches en un seul et même modèle.

4.3.2 Le fossé intention-comportement

L'ensemble des modèles présentés souffre d'une lacune commune : le fossé entre intention et comportement. Des approches théoriques reconnues, comme la théorie du comportement planifié, indiquent

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

que les individus ont besoin d'élaborer une intention puis une tentative d'exécution de l'action (Abraham et Sheeran, 2003 ; Ajzen, 2002). L'intention ou la motivation à s'engager dans tel ou tel comportement sont des variables similaires (Sutton, 1998).

Une revue systématique de la littérature montre que l'intention, comparée aux autres variables de la TCP est celle qui prédit le mieux le comportement (Conner et Sparks, 2005). De ce fait, l'intention (ou des notions équivalentes, comme la motivation à la santé ou les buts comportementaux, selon les modèles), est considérée majoritairement comme une cognition centrale affectant le comportement. Pourtant, on observe un fossé entre l'intention et l'adoption effective d'un comportement. Ainsi, des recherches menées sur les pratiques hygiéniques des personnels des hôpitaux ont montré que la TCP prédisait 79 % de la variance de l'intention, pour seulement 30 % de la variance des comportements effectifs (Clayton et Griffith, 2008). D'après une étude concernant la préparation d'un repas équilibré chez des jeunes adultes, la TCP explique 66 % de la variance de l'intention de préparer des repas équilibrés pour seulement 21 % de la variance des comportements effectifs (Mullan et Wong, 2009). Le modèle de Schwarzer (2008) constitue une réponse intéressante pour pallier les insuffisances des modèles ci-dessus. Il s'agit d'un modèle à la fois en stades et en continuum et il fait le lien entre intention et comportement.

4.3.3 Le modèle du processus d'action en santé (HAPA)

Le modèle du *processus d'action en santé* (Health Action Process Approach, HAPA ; Schwarzer, 2008) s'inspire au départ du modèle des phases d'action de Heckausen (1991). Ce dernier, non lié spécifiquement aux comportements de santé, postulait que plusieurs phases se succèdent chez les individus avant et après une action. Le modèle d'Heckausen décrit quatre phases : *phase motivationnelle de pré-action* focalisée sur le choix d'un but à atteindre ; *phase volitionnelle de pré-action* focalisée sur la planification ; *phase d'action volontaire* (l'individu agit) ; *phase motivationnelle de post-action* (l'individu examine l'adéquation entre le but poursuivi et le résultat obtenu). Entre ces quatre phases, le modèle pointe trois phases de transition : de la motivation générale à l'intention, de l'intention à l'initiation de l'action et de l'action à l'évaluation de celle-ci. Avant l'intention, l'individu évalue les coûts et bénéfices de l'action (Heckausen, 1991). Gollwitzer (1999) pense qu'idéalement les individus en phase de pré-action devraient développer des plans spécifiant

quand, où et comment mettre en place le comportement en adéquation avec le but recherché : c'est *l'implémentation d'intentions*. Cela faciliterait le passage à la phase volitionnelle au cours de laquelle le but est poursuivi activement.

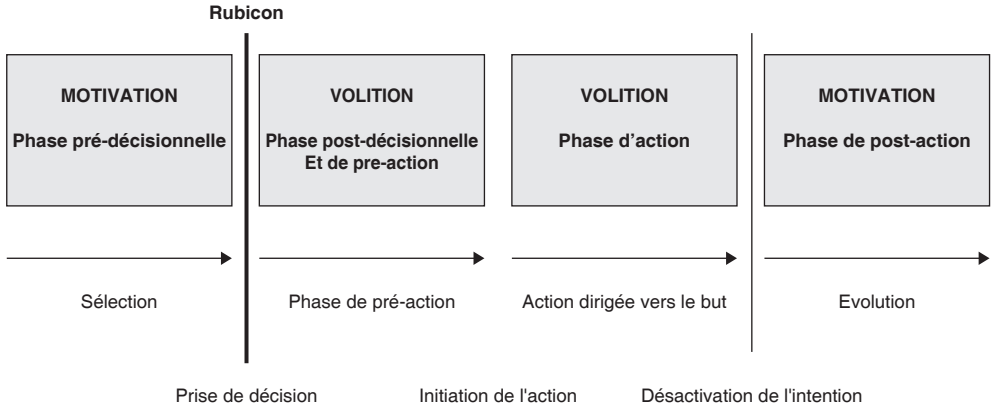


Figure 5.7 – *Modèle des quatre phases d'action d'après Gollwitzer (1986)*

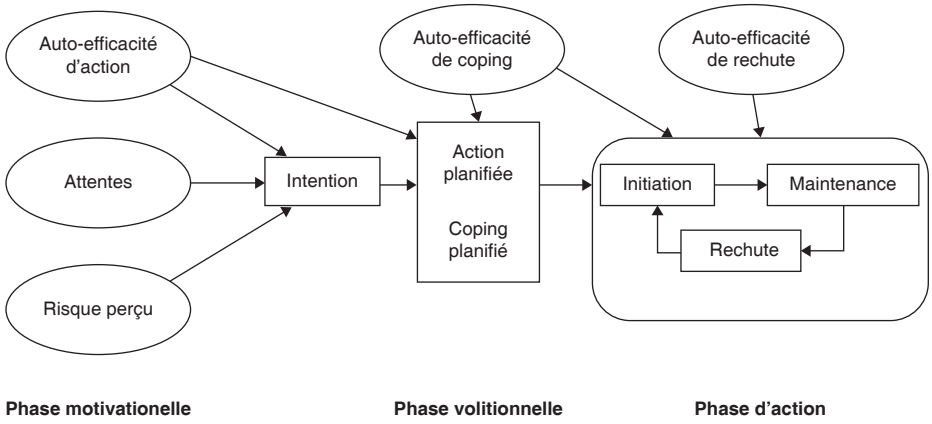


Figure 5.8 – *Modèle HAPA d'après Schwarzer (2008)*

Le modèle HAPA de Schwarzer s'appuie sur ce modèle général en l'adaptant aux comportements de santé. Dans ce modèle (voir figure 5.8), on distingue deux grandes phases : une phase initiale dite motivationnelle et une phase volitionnelle. La *phase motivationnelle* est celle durant laquelle les individus établissent des objectifs ou déve-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

loppent des intentions. Ces intentions sont engendrées par les risques perçus (par exemple, « mon risque d'avoir un cancer est le risque moyen des personnes de mon âge et de mon sexe »), les attentes positives et négatives (par exemple, « si je fume, j'augmente mes risques d'avoir un cancer du poumon ») et le sentiment d'auto-efficacité (*motivational self-efficacy* ou *task self-efficacy*) qui facilite l'établissement d'un objectif et la persistance face aux obstacles. La seconde est la *phase volitionnelle* durant laquelle l'action est planifiée en détail puis est initiée.

La planification comprend la *planification* de l'action et la *planification du coping*. La planification de l'action consiste à en faire un plan détaillé (quand, où, comment, à quelle fréquence). La planification du coping consiste à anticiper les obstacles, préparer les stratégies de coping et simuler mentalement le succès de ces stratégies.

Enfin, les relations observées entre les intentions de comportement et les comportements eux-mêmes sont généralement modestes dans les études ayant tenté de prédire le maintien de certains comportements sains à plus long terme, ce qui suggère que certaines variables importantes n'ont pas été prises en compte dans ces modèles (Marks *et al.*, 2000, p. 239). Le modèle HAPA particulièrement, a permis de mieux comprendre quels sont les processus favorisant le passage de l'intention au comportement, et ainsi d'améliorer la prédiction des changements de comportement.

Le modèle HAPA est en réalité envisagé plus comme un modèle spécifique du passage de l'intention à l'action, ce qui en fait l'originalité, que comme un modèle en stades classique (Sniehotta et Aunger, 2012). Il établit clairement une distinction entre les processus motivationnels préalables à l'intention et les processus volitionnels secondaires à l'intention qui débouchent sur un comportement protecteur. En matière de prévention primaire, ce modèle a été appliqué aux comportements de santé liés au risque de cancer comme la protection solaire, l'arrêt du tabac, les changements alimentaires ou encore la pratique physique (Lippke, Ziegelmann, Schwarzer et Velicer, 2009).

4.4 Croyances et comportements de santé, synthèse et conclusion

Les modèles socio-cognitifs ont fait l'objet d'un nombre important de critiques d'ordre théorique et méthodologique. L'objectif des modèles

relatifs aux comportements de santé est de comprendre quels facteurs déterminent les changements de comportements de santé, afin de pouvoir disposer des éléments nécessaires à la mise en place d'une intervention. Les études s'appuyant sur ces modèles recherchent les variables pertinentes pour prédire le comportement cible. Elles ont pour but d'identifier la plus grande variance de la variable cible. Pour tester un modèle, il est nécessaire d'opérationnaliser correctement chaque variable du modèle et d'évaluer l'adéquation entre les données empiriques et le modèle théorique. Tester un modèle implique la possibilité de le rejeter. Or, comme le fait remarquer Ogden (2003), beaucoup d'études montrent que plusieurs variables d'un même modèle ne sont pas prédictives du comportement de santé-cible ou encore que la variance expliquée par l'ensemble des variables est faible. En général, les auteurs ne rejettent pas leur modèle mais tentent simplement de trouver des explications.

Plusieurs critiques portent sur le fait que ces modèles ont opérationnalisé la notion de croyance de façon réductrice. Ils ne prennent pas en compte tous les aspects des théories « profanes » des maladies, dont en particulier la question des causes et celle du sens. Ces modèles ont été élaborés en fonction d'objectifs appliqués : promouvoir l'information donnée aux usagers, améliorer l'impact des campagnes de prévention et l'adhésion thérapeutique des patients. De plus, les croyances y sont traitées comme des unités indépendantes (vulnérabilité perçue, gravité perçue, contrôle perçu, etc.), sans que cette indépendance ait été établie.

Enfin, malgré l'inclusion de certaines caractéristiques sociobiographiques et psychosociales, les croyances étudiées sont souvent générales et décontextualisées (Ogden, 2003). Or, si des attitudes et croyances globales vis-à-vis de la santé différencient bien les individus, celles-ci sont médiatisées par des attitudes et croyances individuelles plus spécifiques. La prise en compte de ces représentations spécifiques améliore la prédictivité des modèles, comme celui de la TCP par exemple dans la prédiction de l'adoption de comportements préventifs (Van der Plight et De Vries, 1998). Enfin, les variables cognitives évaluées dans certains modèles ne sont pas toujours pertinentes si l'on considère l'âge des individus interrogés (Hagger, Chatzisarantis, Biddle et Orbell, 2001). D'autres critiques concernent le type de comportement cible étudié. Lorsqu'il s'agit d'un comportement inhabituel ou qui ne concerne pas les participants, il n'est pas pertinent d'évaluer les croyances qui y sont associées (Cecil, Pinkerton et Bogart, 1999).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 5.5 – *Promotion de la santé d'après la perspective de la théorie socio-cognitive (Bandura, 1998)*

Théorie	Efficacité personnelle	Attentes de résultats			Buts		Obstacles	
		Physiques	Sociaux	Auto-évaluatifs	Proximaux	Distaux	Personnels et situationnels	Système de santé
Théorie socio-cognitive	x	x	x	x	x	x	x	x
Modèle des croyances de santé		x	x				x	x
Théorie de l'action raisonnée		x	x		x			
Théorie du comportement planifié	x	x	x		x			
Théorie de la motivation à se protéger	x	x						

Les modèles évoluent constamment et sont souvent révisés lors de l'intégration de nouvelles variables en fonction des évolutions théoriques et empiriques. L'auto-efficacité étant par exemple un concept plus récent que certains modèles, cette notion a été ajoutée dans les versions révisées de ces modèles. De ce fait, les modèles sont souvent mis à l'épreuve sous leurs différentes formes, ce qui ne permet pas de comparer les études entre elles. L'objectif des auteurs est de prédire le mieux possible les changements de comportements de santé : ils tentent d'augmenter le pourcentage de variance expliquée de cette issue par les variables du modèle. Dans ce but, ils ont tendance à ajouter de plus en plus de variables. Cela accentue parfois les ressemblances entre les modèles dont certaines variables sont conceptuellement très proches, voire similaires.

Bandura (1998) a tenté de mettre ce phénomène en exergue (voir tableau 5.5) : l'auto-efficacité dans sa théorie socio-cognitive est proche du contrôle comportemental perçu de la théorie du comportement planifié ; les attentes d'efficacité de la théorie socio-cognitive sont proches des attitudes et des normes subjectives de la théorie du comportement planifié, mais aussi de la sévérité perçue et du rapport coûts/bénéfices

du modèle de croyance en la santé, enfin les buts de la théorie socio-cognitive sont comparables aux intentions de la théorie du comportement planifié et à la motivation à la santé du modèle de croyance en la santé. Bandura (2003) reproche aux auteurs de ne pas tenter d'uniformiser ces notions très proches et de multiplier ou surcharger les modèles.

Les modèles cognitifs et socio-cognitifs ont eu le mérite de fournir une approche systématisée permettant de mieux comprendre le rôle des croyances en matière de santé et de maladie dans l'adoption de comportements sains ou à risques. Ceci a permis de mettre en place des interventions visant à changer les comportements de santé puisqu'on sait que les croyances jouent un rôle crucial.

Toutefois, ces modèles ont minimisé ou occulté le rôle de certaines variables conatives qui apparaissent parfois mais de façon secondaire. Il s'agit d'attitudes (modèles HBM, TAR, TCP) ou de dispositions (la personnalité est mentionnée dans les modèles HBM et TCP, l'auto-efficacité dans les modèles TTM et HAPA). On y trouve peu de processus émotionnels, et cela même au niveau des médiateurs, dont on sait pourtant qu'ils peuvent entraver ou faciliter l'adoption d'un comportement. On connaît bien aujourd'hui la stratégie d'ajustement « centrée sur l'émotion » et ses variantes (la dénégation, l'évitement, le désengagement, l'optimisme « irréaliste », la dramatisation l'impuissance, etc.) ainsi que ses effets généralement dysfonctionnels sur la santé. Ces modèles s'intéressent aux facteurs sociaux appréhendés de façon subjective (normes subjectives dans les modèles TAR et TCP, ressources sociales perçues dans le modèle HAPA). On peut regretter néanmoins la non-prise en compte de caractéristiques environnementales, contextuelles, sociales et culturelles objectives dont certaines ont un effet important sur la santé.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Bibliographie

Abraham, C., et Sheeran, P. (2003). Implications of goal theories for the Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour. *Current Psychology*, 22, 264-280.

Abraham, S., et Sheeran, P. (2005). The Health Belief Model. In M. Conner et P. Norman (eds.), *Predicting Health Behaviour* (2nd éd. ; p. 23-61). Buckingham, Open University Press.

Abric, J.-C. (2000). The structural approach of social representations. In K. Deaux, G. Philogène (eds.), *Social Representations : Introductions and Explorations* (p. 42-47). Oxford, Blackwell Publishing.

Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I. (2002). Perceived behavioural control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1-20.

Allender, S., Scarborough, P., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., Gray, A. (2008). *European cardiovascular disease statistics 2008*. Bruxelles, European Heart Disease Statistics.

Apostolidis, T., Duveen, G. et Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie et Société*, 5, 7-11.

Azzarello L., Dessureault S., Jacobsen P. (2006). Sun-Protective Behavior among Individuals with a Family History of Melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*., jan ; 15 (1), 142-145.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13 (4), 623-649.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris, Éditions De Boeck Université.

Baril, R., Durand, M.J., Coutu, M.-F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., *et al.* (2008). *L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail des travailleurs présentant des troubles musculosquelettiques*. Longueuil, Québec, Institut de recherche Robert Sauvé en santé sécurité du travail.

Baron-Cohen, S, et Wheelwright, S, (2004) The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.

Baumann, L.J. et Leventhal, H. (1985). I can tell when my blood pressure is up, can't I ? *Health Psychology*, 4, 203-218.

Beck, K.H., et Frankel, A. (1981). A conceptualization of threat communications and protective health behavior. *Social Psychology Quarterly*, 44, 204-217.

Becker, M.H., et Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-23.

Becker, M.H. et Rosenstock, I.M. (1984). Compliance with medical care. In A. Steptoe et A. Matthews (éd.), *Health Care and Human Behaviour*, Londres, Academic Press.

Becker, M.H., Mainman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13, 10-14.

Benyamini, Y. (2003). Hope and fantasy among women coping with infertility and its treatments. In R. Jacoby and G. Keinan (eds.), *Between stress and hope : From a disease-centered to a health-centered perspective* (p. 141-166). Westport, Connecticut : Praeger.

Benyamini, Y., Medalion, B. et Garfinkel, D. (2007). Patient and spouse perceptions of the patient's heart disease and their associations with received and provided social support and undermining. *Psychology and Health*, 22, 765-785.

Bhui, K. et Bhugra, D. (2002a) Explanatory models for mental distress : implications for clinical practice and research (editorial). *British Journal of Psychiatry*, 181, 6-7.

Bishop, F.L., Yardley, L. et Lewitt, G.T. (2007). A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *Journal of Health Psychology*, 12 (6), 851-867.

Bishop, F.L., Yardley, L. et Lewitt, G.T. (2006). Why do people use different forms of complementary medicine ? Multivariate associations between treatment and illness beliefs and complementary medicine use. *Psychology et Health*, 21 (5), 683-698.

Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., et Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.

Brownlee-Duffeck M., Peterson L., Simonds J.F., Goldstein D., Kilo C., Hoette S. (1987). The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2), 139-144.

Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris, PUF.

Cameron, L.D., et Chan, C.K.Y. (2008). Designing health communications : Harnessing the power of affect, imagery, and self-regulation. *Personality and Social Psychology Compass*, 2, 262-282.

Cameron, L.D. et Leventhal, H. (éd.). (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London, Routledge.

Cameron, L.D. et Moss-Morris, R. (2012). Illness-related Cognition and Behaviour. In French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. et Weinman, J. (eds.). *Health psychology*. Malden, Blackwell Publishing, 2nd éd.

Cecil, H., Pinkerton, S.D., et Bogart, L.M. (1999). Perceived benefits and barriers associated with the female condom among African-American adults. *Journal of Health Psychology*, 4, 165-175.

Clayton, D., et Griffith, C. (2008). Efficacy of an extended theory of planned behaviour model for predicting caterers'hand hygiene practices. *International Journal of Environmental Health Research*, 18, 83-98.

Conner, M., et Sparks, P. (2005). Theory of Planned Behaviour and health behaviour. In M. Conner et P. Norman (éd.), *Predicting health behaviour* (2nd éd., p. 170-222). Maidenhead, Open University Press.

Danaei, G., Ding, E., Taylor, B.J., Mozaffarian, D., Rehm, J., Murray, C.J.L., Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States : comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*, 6 (4).

De Ridder, D., et De Wit, J. (eds.) (2006). *Self-regulation in health behavior. Chichester*. Londres, Wiley.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

De Ridder, D., Theunissen, N.C.M., et Van Dulmen, S. (2007). Observing interaction between patients and general practitioners about illness representations and actions plans. *Patient Education et Counselling*, 66, 327-336.

De Wit, J.B.F., Das, E.H.H.J., et De Hoog, N. (2007). Self-regulation of health communications : A motivated processing approach to risk perception and persuasion. In M. Hewstone, H. Schut, J. De Wit, K. van den Bos, et M. Stroebe (eds.), *The Scope of Social Psychology : Theory and Applications* (p. 209-226). Hove, Psychology Press.

Edwards, W. (1954). Probability Preferences among Bets with Differing Expected Values. *American Journal of Psychology*, 67, 56-7.

Ernst, E., White, A. (2000). The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther. Med.* Mar ; 8 (1), 32-36.

Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., Van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G., Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking : The illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 1026-1036.

Figueiras, J. et Weinman, M. (2003). Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery ? *Psychology and Health*, 18 (2), 201-216.

French, D.P. et Weinman, J. (2008). Current issues and new directions in Psychology and Health : « Assessing illness perceptions : Beyond the IPQ ». *Psychology et Health*, 23 (1), 5-9.

Glanz, K., Kegler, M.C. (2012). Process of behavior change. In Baum, A.S., Revenson, T.A., Singer, J.E. (eds.), *Handbook of Health Psychology.* Psychology Press, 2nd ed.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath, K. (éd.) (2008). *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 4e éd.

Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions : Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.

Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., Newman, S.P. (2012). The impact of treatment transitions between dialysis and transplantation on illness cognitions and quality of life : A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 17(4), 812-827.

Hagger, M., et Chatzisarantis, N. (2005). First- and higher-order models of attitudes, normative influence, and perceived behavioural control in the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 44 (4), 513-535.

Hagger, M. et Orbell, S. (2003). A meta analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141-184.

Hagger, M. et Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQR) in a cervical screening context. *Psychology et Health*, 20, 161-173.

Hagger, M.S., Chatzisarantis, N., Biddle, S.J.H., et Orbell, S. (2001). Antecedents of children's physical activity intentions and behaviour : Predictive validity and longitudinal effects. *Psychology and Health*, 16, 391-407.

Hall, S., French, D.P. et Marteau, T.M. (2003). Causal attributions following serious unexpected negative events : A systematic review. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22 (5), 515-536.

Halpern, J. (2003). What is clinical empathy ? *Journal of General Internal Medicine*, 18 (8), 670-674.

Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D.W., Bonetti, D., Wareham, N.J., et Kinmonth, A.L. (2002). Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions : A systematic review. *Psychology et Health*, 17, 123-158.

Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. New York, Springer Verlag.

Herzlich C., Pierret J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Veloksi, J.J. et Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy : further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine* 77 (Supplement 10) S58-60.

Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care : antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York, Springer.

Horne, R., James, D., Petrie, K.J., Weinman, J. et Vincent, R. (2000). Patient's interpretation of symptoms as a cause of delay in reachinh hospital during acute myocardial infarction. *Heart*, 83 (4), 388-393.

Ickes, W. (1993). Empathic Accuracy. *Journal of Personality*, 61, 587-610.

Insel KC, Meek PM, Leventhal, H. (2005). Differences in illness representation among pulmonary patients and their providers. *Journal of Health Psychology*, 10 (1), 147-62.

Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris, PUF.

Le Breton, D. (2001). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF, 5e éd.

Kaptein, A.A., van Dijk, S.,Broadbent, E., Falzon, L., Thong, M.,Dekker, F.W. (2010). Behavioural research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. *Patient Education and Counseling*, 81 (1), 23-29.

Kasl, S.A. et Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior : Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 24-26.

Kesler, A., Kliper, E., Goner-Shilo, D., et Benyamini, Y. (2009). Illness perceptions and quality of life among women with pseudo-tumor cerebri. *European Journal of Neurology*, 16, 931-936.

Koleck, M. (2000). *Rôle de certains facteurs psychosociaux dans l'évolution des lombalgies communes. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*, thèse de doctorat en psychologie, université de Bordeaux-II.

Laubmeier, K.K., et Zakowski, S.G. (2004). The role of objective versus perceived life threat in the psychological adjustment to cancer. *Psychology and Health*, 79, 425-437.

Lauwerier, E., Crombez, G., Van Damme, S., Goubert, L., Vogelaers, D., Evers, A.W. (2010). The construct validity of the illness cognition questionnaire : the robustness of the three-factor structure across patients with chronic pain and chronic fatigue. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (2), 90-96.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer.

Le Breton, D. (2000). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Lelorain, S., Sultan, S., Zenasni, F., Catu-Pinault, A., Jaury, P., Boujut, E., et Rigal, L. (2013). Physicians'emotional and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *European Journal of General Practice*, 19 (1), 23-28.

Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., et Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21 (12), 1255-1264.

Leventhal, H., Meyer, D., et Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (ed.), *Contributions to Medical Psychology* (vol. 2, p. 7-30). New York, Pergamon Press.

Leventhal, H. et Diefenbach, M. (1991) The active side of illness cognitions. In Skelton, J.A. et Croyle, R.T. (eds.), *Mental representations in health and illness*. New York, Springer-Verlag.

Leventhal, H., Diefenbach, M. et Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition : using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 143-163.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M.A., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., *et al.* (1997). Illness representations : Theoretical foundations. In K.H. Petrie, et J.A. Weinman (eds.), *Perception of health and illness* (p. 19-46). Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H., Brissette, I., et Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of selfregulation of health and illness. In L. Cameron et H. Leventhal (eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (p. 42-65). London, Routledge.

Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A. et Phillips, L.A. (2008). Health Psychology : the search for pathways between behavior and health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505.

Lippke, S., Ziegelmann, J.P., et Schwarzer, R. (2004). Behavioral intentions and action plans promote physical exercise : A longitudinal study with orthopedic rehabilitation patients. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 470-483.

Lloyd, K.R., Jacob, K.S., Patel, V. *et al*. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and its use among primary care attenders with common mental disorders : a preliminary report. *Psychological Medicine*, 28, 1231-1237.

Maisonneuve, J., Bruchon-Schweitzer, M. (1999). *Le corps et la beauté*. Paris, PUF, coll. « Que Sais-Je ? », n° 3433.

Mann, D.M., Ponieman, D., Leventhal, H., Halm, E.A. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: The role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine*, 32 (3), 278-284.

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B. et Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*, chap. 2 : The Macro-Social Environment and Health, Londres, Sage.

Marmot, M. (2011). Fruit and vegetable intake reduces risk of fatal coronary heart disease. *European Heart Journal*, Advance Access published January 28.

Marteau, T., Senior, V., Humphries, S.E., Bobrow, M., Cranston, T., Crook, M.A., *et al.* (2004). Psychological impact of genetic testing for familial hypercholesterolaemia in a previously aware population : A randomised controlled trial. *American Journal of Medical Genetics*, 128A, 285-293.

Marteau, T.M. et Weinman, J. (2006). Self-regulation and the behavioural response to DNA risk information: A theoretical analysis and framework for future research. *Social Science et Medicine*, 62 (6), 1360-1368.

Massé, R. (1995). Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle de l'isolement social. *Ruptures*, 2 (1), 101-117.

Matarazzo, J.D. (1984). *Behavioral health : A handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley.

Mc Keown, T. (1979). *The Role of Medicine*, Oxford, Blackwell.

Middleton, D. (1996). A discursive analysis of psychosocial issues: Talk in a 'parent group' for families who have children with chronic renal failure. *Psychology et Health*, 11 (2), 243-260.

Meyer, D., Leventhal, H. et Gutman, M. (1985). Common-sense model of illness : The example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.

Morin, M. (2001). Croyances, attitudes et représentations sociales dans la prévention et la prise en charge de l'infection par le VIH. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éd.), *Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod, chap. 12, 239-257.

Morris, D. (1998). Postmodern Illness. In T. Heller, R. Muston, M. Sidell et C. Lloyd (éd.), *Working for Health*, Londres, Sage, chap. 5, 35-42.

Morreale, H.F., Obregón, Escobar del Rey, J.F., Morreale de Escobar, G. (1995). Replacement therapy for hypothyroidism with thyroxine alone does not ensure euthyroidism in all tissues, as studied in thyroidectomized rats. *Journal of Clinical Investigation*, 96 (6), 2828-2838.

Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

Moss-Morris, R. et Wrapson, W. (2003). Representational beliefs about functional somatic syndromes. In L.D. Cameron and H. Leventhal (éd.), *The Self Regulation of Health and Illness Behavior*. London, Routledge. (p. 119-137).

Milton, A., et Mullan, B. (2012). An application of the Theory of Planned Behavior-A randomized controlled food safety pilot. *Health Psychology*, 31 (2), 250-259.

Mullan, B., Wong, C. (2009). Hygienic food handling behaviours. An application of the Theory of Planned Behaviour. *Appetite*, 52, 757-761.

Murray, M., Chamberlain, K. (1997). *Qualitative Health Psychology. Theories et Methods*. Sage.

Nielsen, H.G., Tulinius, C. (2009). Preventing *burnout* among general practitioners : is there a possible route ? *Education for Primary Care*, 20 (5), 353-359.

Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models : A pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.

Ogden, J. (2008). *Psychologie de la Santé*. De Boeck.

Pilard, M., Brosset, C., Junod, A. (1992). Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie. *Médecine africaine noire*, 39, 652-657.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Pédinielli, J.L. (1996). Les théories étiologiques des maladies. *Psychologie Française*, 41 (2), 137-145.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL : Dow Jones-Irwin.

Radley, A., Billig, M. (1996). Accounts of Health and Illness : Dilemmas and Representations. *Sociology of Health and Illness*, 18, 220-240.

Rakel, R. et Rakel, D. (2011). *Textbook of Family Medicine*, 8e éd. Printbook.

Rhodes, R., Blanchard, C., Matheson, D. (2006). A multicomponent model of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 11 (1), 119-137.

Robertson, N., Javed, N., Samani, N.J., Khunti, K. (2008). Psychological morbidity and illness appraisals of patients with cardiac and non-cardiac chest pain attending a Rapid Access Chest Pain Clinic : a longitudinal cohort study. *Heart*, 94, e12.

Rogers, R.W. (1983) Cognitive and physiological processes in fear-based attitude change : a revised theory of protection motivation. In Caccioppo, J. et Petty, R. (eds.), *Social Psychophysiology : A Sourcebook*. Guilford, New York, p. 153-176.

Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. Millbank Memorial Fund. *Quaterly*, 44, 94-124.

Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In DiClemente, R.J. (ed.), *Preventing AIDS : Theories and methods of behavioral interventions*, 5-24.

Rudell, K., et Diefenbach, M.A. (2008). Current issues and new directions in psychology and health : Culture and health psychology. Why health psychologists should care about culture. *Psychology et Health*, 23, 387390.

Ruiter, R.A.C., Kok, G. (2006). Response to Hammond *et al.* Showing leads to doing, but doing what? The need for experimental pilot-testing. *European Journal of Public Health*, 16 (2), 225.

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change : How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57, 1-29.

Schwarzer, R., Lippke, S., et Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability : The health action process approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56, 161-170.

Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. In R. Schwarzer (éd.), *Self Efficacy : Thought Control of Action*, Washington DC, Hemisphere, 217-243.

Shanafelt, T.D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (7) 559-564.

Shiloh, S. (2006). Illness representations, self-regulation, and genetic counseling : a theoretical review. *Journal of Genetic Counseling*, 15 (5), 325-37.

Sniehotta, F.F. et Aunger, R. (2012). Stage models of behaviour change. In French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. et Weinman, J. (éd.). *Health psychology*. Malden, Blackwell Publishing, 2nd ed.

Stafford, L., Berk, M. et Jackson, H.J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes ? *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 211-220.

Sullivan, K.A., White, K.M., McD Young R., Chang A., Roos, C. et Scott, C. (2008). Predictors of Intention to Reduce Stroke Risk Among People at Risk of Stroke : An Application of an Extended Health Belief Model. *Rehabilitation Psychology*, 53 (4), 505-512.

Sultan, S., Attali, C., Gilberg, S., Zenasni, F., et Hartemann, A. (2011). Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes : Accuracy and association with self-care. *Psychology and Health*, 26, 101-117.

Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behavior : How well are we doing ? *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1317-1338.

Trafimow, D., Finlay, K., Sheeran, P., et Conner, M. (2002). Evidence that perceived behavioural control is a multidimensional construct : Perceived control and perceived difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41 (1), 101-121.

Terry, D.J., Gallois, G., Mc Camish, M. (1993). *The Theory of Reasoned Action : its Application to AIDS Prevention Behavior*, New York, Pergamon Press.

Thomas, C. (1996). Empathy and the True Art of Nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 28 (3), 190.

Thomson, M.D. et Hoffman-Goetz, L. (2009). Defining and measuring acculturation : A systematic review of public health studies with Hispanic populations in the Untied States. *Social Science et Medicine*, 69, 983-991.

Turk, D.C., Rudy, T.E. et Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*. 9(5), 453-474.

Van der Pligt, J., et de Vries, N. K. (1998). Expectancy-value models of health behavior : The role of salience and anticipated affect. *Psychology and Health*, 13, 289-305.

Vigarello, G. (2012). *La Silhouette*, Paris, Le Seuil.

Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. and Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire : A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.

Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, N. and Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273.

Weinstein, N.D., Rothman, A.J., et Sutton, S.R. (1998). Stage theories of health behavior : Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17, 290-299.

Weinstein, N.D., et Sandman, P.M. (1992). A model of the precaution adoption process : Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170-180.

Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.

Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Weiss, M. (1997). Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC) : Framework for Comparative Study of Illness. *Transcultural Psychiatry*, 34 (2), 235-263.

Whelan, E. 2009. Negotiating science and experience in medical knowledge: Gynaecologists on endometriosis. *Social Science et Medicine*, 68 (8), 1489-1497.

Whittaker, R., Kemp, S. et House, A. (2007). Illness perceptions and outcome in mild head injury : a longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 78 (8), 644-646.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals : The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.

Witte, K. (1998). Fear as Motivator, Fear as Inhibitor: Using the Extended Parallel Process Model to Explain Fear Appeal Successes and Failures (p. 423-450). In P.A. Andersen and L.K. Guerrero (eds.), *The Handbook of Communication and Emotion : Research, Theory, Applications, and Contexts*. San Diego, CA : Academic Press.

Witte, K., et Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education et Behavior* (formerly *Health Education Quarterly*), 27, 608-632.

Wright, A.J., Weinman, J., et Marteau, T.M. (2003). The impact of learning of a genetic predisposition to nicotine dependence : An analogue study. *Tobacco Control*, 12, 227-230.

Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A. et Sultan, S. (2012). Empathy and *burnout* in primary care : three hypothesis. *British Journal of General Practice*, 62 (600), 346-347.

Zenasni, F., Boujut, E., Bluffel du Vaure, C., Catu-Pinault, A., Tavani, J.L., Rigal, L., Jaury, P. et Sultan, S. (2012). Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and *burnout* in a sample of General Practitioners. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 2 (4), 759-766.

Chapitre 6

LES PROCESSUS TRANSACTIONNELS : STRESS, CONTRÔLE, SOUTIEN SOCIAL, ET COPING

Sommaire

1. Le modèle transactionnel 435
2. Le stress perçu 437
3. Le contrôle perçu 448
4. Le soutien social 457
5. Les stratégies d'ajustement ou *coping* 471
6. Des processus transactionnels revisités 508
Bibliographie 510

Après avoir examiné dans les précédents chapitres l'effet des antécédents sociaux, environnementaux et dispositionnels et de certaines représentations, croyances et comportements sur les issues de santé (bien-être, qualité de vie, mais aussi morbidité et mortalité), nous allons à présent décrire certains effets indirects de ces facteurs. En effet, les divers antécédents situationnels, dispositionnels, cognitifs, comportementaux ont aussi des effets indirects sur la santé, effets qui *transitent* par certains processus transactionnels mis en place par les individus et qui en modulent les effets. Ce sont ces processus transactionnels qui vont être décrits à présent.

1. Le modèle transactionnel

Ce modèle a été élaboré dans les années 1970 par Lazarus et ses collègues, afin de dépasser à la fois les théories classiques du stress issues des conceptions de Selye, selon lesquelles le stress est une réponse non spécifique à un stresseur, et les conceptions événementielles qui leur ont succédé, selon lesquelles ce sont les expériences aversives de la vie qui ont un impact défavorable sur la santé (1975). Le modèle transactionnel de Lazarus est présenté à la figure 6.1. L'originalité de l'*approche transactionnelle* du stress proposée par Lazarus et Folkman (Lazarus, 1984) est de considérer comme essentielles les tentatives actuelles des individus pour s'ajuster aux perturbations, réelles et perçues, de l'environnement. Ces transactions entre individu et environnement correspondent à l'*activité* du sujet (perceptive, cognitive, émotionnelle, comportementale, physiologique…).

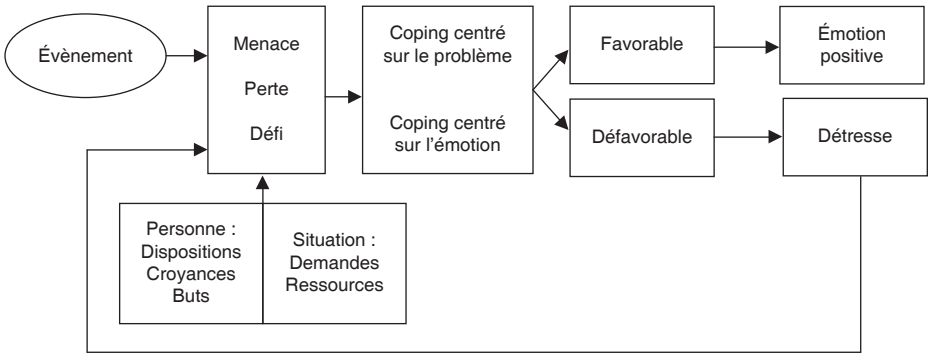


Figure 6.1 – *Modèle original du stress et du coping (Lazarus et Folkman, 1984)*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

1.1 La phase d'évaluation

Le modèle transactionnel correspond à une *conception cognitive du stress* : c'est la *phase d'évaluation*, primordiale, qui déterminerait les efforts d'ajustement qui suivront. L'évaluation est la façon dont la personne perçoit la situation, en fonction de ses valeurs, de ses attentes et de son histoire. Le rôle de la cognition dans le stress a été largement mis en évidence par Beck en 1984 (Pretzer et Beck, 2007). C'est donc un *contexte subjectif* plutôt que réel qui est au centre de ce modèle. Les processus transactionnels les plus étudiés au cours de cette phase sont : le stress perçu, le contrôle perçu, le soutien social perçu, mais il en existe beaucoup d'autres (recherche de sens, attribution causale, référence à des croyances et à des normes subjectives, auto-efficacité perçue…).

De cette phase d'évaluation dépendront les stratégies d'ajustement mises en place par la personne pour faire face à la situation, stratégies complexes intégrant des réponses de différents niveaux (cognitives, émotionnelles et comportementales essentiellement), stratégies qui auront deux finalités : modifier la situation ou se modifier soi-même pour la rendre supportable.

1.1.1 L'évaluation primaire

On parle d'évaluation primaire ou de stress perçu pour désigner la façon dont l'individu identifie une situation (nature, signification…) et évalue ses différentes caractéristiques (gravité, contrôlabilité, ambiguïté, durée…). Le stress perçu ne doit pas être confondu avec les caractéristiques stressantes de l'environnement (événements de vie, tracas quotidiens…) que l'on dénomme *stresseurs,* mineurs ou majeurs. Il ne se réduit ni à un aspect de la situation, ni à une caractéristique de la personne : c'est une transaction particulière entre individu et environnement. En outre, le stress perçu est à différencier de l'anxiété et des troubles de l'adaptation (Graziani, Hautekeete, Rusinek, et Servant, 2001 ; Légeron, 2008).

1.1.2 L'évaluation secondaire

Après avoir appréhendé la situation, l'individu va évaluer ses *ressources personnelles et sociales* pour y faire face : que faire, qui peut m'aider ? On appelle *contrôle perçu* l'estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser la situation. Le *soutien social perçu* est le fait de croire qu'autrui peut nous aider en cas de besoin et ne se confond pas avec les ressources sociales

effectives dont dispose l'individu. Un individu peut être objectivement très entouré et ressentir pourtant le soutien qu'il reçoit comme insuffisant.

1.2 La phase d'ajustement ou « coping »

Confronté à un stresseur, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources. S'il pense qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies tendant à modifier la situation (centrées sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centrées sur l'émotion). Les stratégies de coping sont en grande partie déterminées par le contexte (Lazarus et Folkman, 1984). Elles sont diversifiées et peuvent varier dans le temps.

Nous allons, dans le présent chapitre, présenter les notions de stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu et coping, popularisées par la théorie transactionnelle, en évoquant leur définition, leur mesure, leurs mécanismes d'action, mais aussi leurs limites.

2. Le stress perçu

2.1 Définition

« Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984). Selon cette conception, ce ne sont pas les caractéristiques objectives d'une situation stressante (nature, gravité, fréquence, durée…), mais son évaluation et son retentissement, propres à chaque personne, qui moduleraient la relation entre le contexte aversif et l'état émotionnel ou somatique de l'individu. Il est donc tout à fait nécessaire de distinguer les stresseurs situationnels objectifs (pour un emploi, par exemple, son horaire hebdomadaire, sa dangerosité…) de l'impact subjectif de la situation, ou stress perçu. Pour une synthèse, consulter Quintard (Quintard, 2001).

Le stress perçu, selon la conception transactionnelle stricte, correspond en fait à un ensemble d'évaluations concernant non seulement la situation (aversive, menaçante), mais aussi les ressources disponibles

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

(ressenties alors comme insuffisantes). C'est un processus dynamique et singulier : diverses personnes ayant à affronter le même stresseur pourront réagir de façon fort différente. Le stress correspond à l'insuffisance ou à l'épuisement des ressources perçues comme nécessaires pour répondre aux contraintes spécifiques d'une situation. Ce qui est stressant, c'est la discordance entre les exigences situationnelles et les capacités du sujet. Cette inadéquation peut être réelle ou simplement perçue : quelqu'un qui ne se croit pas d'un niveau suffisant pour réussir un examen sera stressé, même si cette croyance est erronée.

2.2 Les déterminants du stress perçu

Le stress perçu est déterminé par deux grands types de facteurs, *individuels* et *situationnels*. En ce qui concerne les premiers, ils peuvent être cognitifs, motivationnels ou conatifs. Nous avons décrit plus haut certains styles cognitifs atténuant ou amplifiant le stress perçu (auto-efficacité ou optimisme dans le premier cas, impuissance apprise dans le second). Pour les motivations, certaines études montrent que plus les enjeux d'une situation difficile sont importants, plus elle peut être vécue comme éprouvante. Quant aux aspects dispositionnels de la personnalité, certains, comme l'affectivité positive ou l'optimisme, modèrent le stress perçu, d'autres, comme l'anxiété, la dépression, le renforcent.

Les caractéristiques situationnelles pouvant induire le stress perçu sont, en premier lieu, leur *imprévisibilité* qui ne permet pas à l'individu de mettre en place des transactions anticipatrices (pour la notion de coping planifié, voir *infra*, § 5.9). Les catastrophes, par exemple, sont extrêmement angoissantes non seulement par la menace vitale qu'elles impliquent mais aussi parce qu'on n'y est pas préparé, d'où la quasi-impossibilité d'y faire face. Une autre caractéristique des situations stressantes est leur *imminence*. C'est aussi l'*ambiguïté* d'une situation qui peut s'avérer stressante : l'ambiguïté de rôle est par exemple l'un des déterminants du stress professionnel. Enfin, l'un des aspects les plus stressants d'une situation difficile est son *incontrôlabilité*, réelle ou perçue.

La plupart des *transitions de la vie* (aller pour la première fois à l'école, au collège ou à l'université ; commencer à travailler, changer d'emploi, subir une mutation, partir à la retraite ; déménager, se marier, avoir un enfant, se séparer, etc.) sont des événements généralement stressants parce qu'ils impliquent un ajustement à des situations nouvelles qui ont certaines des caractéristiques ci-dessus. Plus que les caractéristiques

objectives des situations, c'est la façon de les percevoir qui induit ou non des réactions de stress. La conception mécaniste qui sous-tend les échelles événementielles a été vivement critiquée dans la mesure où elle minimise un tel retentissement subjectif des événements.

2.3 Les catégories de stresseurs

Il convient de distinguer de façon rigoureuse le stress (perçu), qui est une réponse ou une réaction (individuelle) à des événements stressants (stresseurs) qui en sont la source et qui sont des caractéristiques des situations. Le stress n'est pas un événement stressant. Nous sommes confrontés tout au long de la vie à des situations et à des événements stressants qui peuvent survenir à différents niveaux : individuel, familial, professionnel et social.

2.3.1 Les stresseurs individuels

Être atteint d'une maladie ou d'un handicap sévère et subir divers traitements est un stresseur majeur pour un individu. D'après la littérature, ce qui est particulièrement stressant dans le domaine de la santé est ce qui menace l'intégrité physique (anesthésie générale, intervention chirurgicale…) et une relation impersonnelle à l'équipe soignante (ne pas être informé, ne pas pouvoir discuter de ses problèmes de santé, être traité comme une « chose » et non comme une personne…).

Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre le nombre et la fréquence des événements de vie rapportés par les deux sexes, le stress perçu est généralement plus important en moyenne chez les sujets féminins. Diverses recherches épidémiologiques ont permis de repérer les événements de vie infantiles qui contribuent à la genèse de troubles somatiques et psychiatriques ultérieurs (mésentente entre les parents, abandon, maladie grave ou décès de l'un des deux parents, maltraitance, abus sexuels…). Ces études prennent fréquemment en compte l'occurrence plutôt que le retentissement subjectif des événements, ce qui peut conduire à ignorer une partie non négligeable du phénomène de stress.

2.3.2 Les stresseurs familiaux

La famille est une ressource qui, en principe, protège ses membres contre les événements stressants. Néanmoins, la structure familiale, son organisation, son fonctionnement, peuvent être à l'origine de conflits

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

durables et d'un profond mal-être chez ses membres. La famille traverse de nombreuses périodes de transition dont certaines sont particulièrement éprouvantes : arrivée d'un nouveau membre de la famille, maladie grave de l'un des parents ou d'un enfant, départ, séparation ou décès. La modification des rôles familiaux et les réajustements qu'elle implique sont le plus souvent vécus comme stressants.

2.3.3 Les stresseurs professionnels et sociaux

Les relations sociales à l'extérieur de la famille peuvent être des sources de stress. Ce peut être le cas *à l'école, au travail et dans l'environnement quotidien*. En ce qui concerne les stresseurs professionnels, il y en aurait quatre essentiellement, ayant trait à la tâche, aux relations de travail, à la carrière et à l'interface travail-famille. Dans le milieu scolaire existent des stresseurs pouvant être liés aux relations avec les pairs (dans la classe ou hors de la classe), aux relations avec les enseignants et à la réussite académique. Quant aux principales caractéristiques sociales aversives, des plus larges aux plus spécifiques, elles ont été abordées au chapitre 1 (§ 5 à 7) : niveau socio-économique, ethnie, communauté, milieu de travail, pairs, famille et couple. Certains stresseurs sont d'origine environnementale : ils peuvent être chroniques (bruit, pollution…) ou aigus (agressions, épidémies…). Il est important non seulement d'évaluer l'occurrence de ces événements, mais aussi leur impact subjectif.

2.4 La mesure du stress perçu

On distingue plusieurs types de mesure du stress perçu : échelles d'événements de vie évaluant l'occurrence et l'intensité perçue de chacun des événements d'une liste, mesures gobales de stress perçu et mesures spécifiques relatives à l'impact d'un problème particulier. Nous allons donner quelques exemples d'outils dans chaque catégorie.

2.4.1 Échelles mesurant le retentissement des événements de vie

Les échelles permettant d'évaluer l'impact subjectif des événements s'inspirent le plus souvent de la liste originelle de Holmes et Rahe (Holmes et Rahe, 1967). Le sujet doit évaluer le retentissement subjectif que chacun des événements a eu (ou aurait) sur lui. La LES (*Life Experience Survey*) de Sarason *et al.* (Sarason, Johnson, et Siegel, 1978) est constituée d'une liste de cinquante-sept événements, les sujets devant évaluer chacun d'entre eux sur une échelle en sept points de –

3 (extrêmement négatif) à +3 (extrêmement positif). Le questionnaire d'événements d'Amiel-Lebigre (1990), quant à lui, explore le retentissement affectif de cinquante-deux événements survenus au cours des deux années précédentes, que l'on évalue (sur une échelle de 0 à 100) au cours d'un entretien clinique guidé. Dans cette échelle, un événement selon sa gravité moyenne est doté d'un poids standard, le même pour tous les individus. Cela est contestable puisque le ressenti pour un même événement peut être différent d'un individu à l'autre.

2.4.2 Échelles de mesure générales du stress perçu

Les échelles événementielles se sont avérées plutôt des prédicteurs médiocres de l'état de santé ultérieur[1]. On a donc construit des échelles d'événements prenant en compte l'impact subjectif de chacun ou encore des échelles plus globales de stress perçu. Ces outils s'appuient sur la conception transactionnelle décrite antérieurement.

↘ *La PSS (Perceived Stress Scale) de Cohen* et al. *(1983)*

Cohen, Kamarck et Mermelstrein (Cohen, Kamarck, et Mermelstein, 1983) ont élaboré plusieurs versions d'une échelle de *stress perçu*, la PSS (PSS-4, PSS-10, PSS-14). Cet outil tente d'opérationnaliser la *conception transactionnelle du stress* de Lazarus et Folkman (1984), selon laquelle une situation est stressante lorsqu'elle est évaluée comme menaçante, imprévisible et incontrôlable. La PSS-14 reste actuellement la plus utilisée au niveau international. Elle est présentée au tableau 6.1. Elle a été validée sur un échantillon d'environ deux mille quatre cents adultes représentatifs de la population américaine. Les items ont été choisis comme ni trop généraux, ni trop spécifiques (pas trop marqués culturellement, s'appliquant à une palette très étendue de situations) et faciles à comprendre. Pour chaque item (qui évoque un aspect du stress perçu), le sujet doit évaluer sa fréquence pendant une période donnée. Fidèles et homogènes, les scores de la PSS-14 ont des corrélations très significatives avec divers indicateurs de bien-être et de santé somatique[2].

1. Il y aurait environ 9 % de variance commune entre événements de vie et issues somatiques (Cohen et Edwards, 1989 ; Procidiano et Heller, 1983). S'il semble que certains événements de vie précèdent divers troubles mentaux, une relation causale directe est encore loin d'être établie (Paykel *et al.*, 1990).

2. Certaines critiques ont été émises envers ce type d'outil dont les scores sont souvent mis en relation avec la santé auto-évaluée, ces deux mesures pouvant être contaminées par la détresse du sujet.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tableau 6.1 – *La PSS (Perceived Stress Scale) de Cohen* et al. *(1983)*

Mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse.

Au cours du dernier mois, combien de fois...	**Jamais 1**	**Presque jamais 2**	**Parfois 3**	**Assez souvent 4**	**Souvent 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 contrôler ?					

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

	Moyenne	Écart type
Hommes américains (N = 949)	18,8	6,9
Femmes américaines (N = 1406)	20,2	7,8
Hommes français (N = 41)	20,2	6,9
Femmes françaises (N = 168)	20,9	6,7

↘ *L'ALES (Appraisal of Life Events Scale) de Ferguson* et al. *(1999)*

L'ALES de Ferguson *et al.* (1999) a été construite pour opérationnaliser à la fois la notion d'« évaluation primaire » et les dimensions du stress perçu (menace, défi, perte) décrites par Folkman et Lazarus (1985). Ferguson et ses collègues ont constitué des listes d'adjectifs (adjectifs utilisés dans la littérature pour décrire respectivement la menace, le défi, etc.). Des analyses exploratoires puis confirmatoires des réponses à ces adjectifs aboutirent à trois facteurs : menace, défi et perte. Cette échelle présente de très bonnes qualités psychométriques et peut être utilisée pour évaluer le stress induit par une grande variété d'événements stressants. Cappe et ses collaborateurs en ont effectué la validation française auprès de cent soixante parents d'enfants autistes ; deux facteurs sont retrouvés : menace/perte, et défi (Cappe, Wolff, Bobet, et Adrien, 2011).

2.4.3 Les échelles spécifiques de mesure du stress perçu

D'autres échelles de stress perçu ont été construites pour convenir à des contextes aversifs spécifiques. Elles visent des groupes de sujets particuliers ou des situations précises. Il en existe par exemple pour évaluer le stress perçu par les étudiants, c'est le cas de la FSS (*Freshmen Stress Scale*) de Boujut et Bruchon-Schweitzer (2009) conçue pour évaluer le stress des étudiants de première année. Dans le domaine du stress scolaire, il existe la HSSS (*High School Stress Scale*) de Burnett et Fanshawe (1997) ou l'AESI (*Academic Expectations Stress Inventory*) d'Ang et Huan (2006).

Dans la sphère professionnelle, le JSS (*Job Stress Survey*) de Spielberger (1994), adapté en français par Sifakis et ses collaborateurs (1999), s'inscrit dans la lignée des conceptions transactionnelles du stress : il permet d'évaluer non seulement la fréquence de certains stresseurs professionnels mais aussi leur impact subjectif. Plusieurs échelles ont été construites pour évaluer le stress spécifique de certains groupes professionnels. L'échelle de stress pour enseignants du premier degré élaborée

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

à partir d'entretiens, par exemple, permet d'évaluer quatre facteurs : charge de travail, sentiment d'inéquité, conflits, dysfonctionnements de l'institution (Laugaa, Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2008). C'est aussi le cas du WSINO (*Work Stressor Inventory for Nurses in Oncology*), qui est un outil développé et validé par Borteyrou, Truchot et Rascle (2013) ; il est destiné à évaluer le stress des infirmières en oncologie.

Il existe aussi des échelles de stress perçu spécifiques pour certains patients. Le MDQ (*Multidimensional Questionnaire for Diabetics*) de Talbot et ses collaborateurs (1997) permet par exemple d'évaluer la façon dont les patients diabétiques vivent leur maladie (problèmes émotionnels, alimentaires, gêne pour les activités…), ce qui facilite une prise en charge plus individualisée. La PSS sous ses différentes formes reste très majoritairement utilisée en population clinique comme en population non clinique, lorsque les échelles spécifiques font défaut.

2.5 Les effets du stress perçu sur la santé

Les premières études qui ont été menées pour évaluer l'effet de divers types de stresseurs (familiaux, scolaires, professionnels ou médicaux) sur divers critères (santé somatique, santé mentale) montrent que les petits tracas quotidiens et durables ont un impact plus important sur la santé que des événements de vie majeurs (DeLongis, Folkman et Lazarus, 1988) et que les caractéristiques objectives des événements ont des effets nocifs inférieurs à ceux du stress perçu (Adler et Matthews, 1994).

2.5.1 Pathologies somatiques

Le stress perçu serait impliqué dans de nombreuses pathologies somatiques. Il y aurait un lien entre stress et hypertension, d'après la synthèse de Sparrenberger et ses collaborateurs (Sparrenberger *et al.*, 2009). Le stress perçu prédirait également des problèmes cardio-vasculaires à long terme (Krantz et McCeney, 2002 ; Steptoe et Brydon, 2009). Dans le domaine des cancers, le stress perçu est lié non seulement à la qualité de vie des patients (Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Atzeni, et Houede, 2011) mais aussi à certains comportements à risque (manque d'activité physique, non-adhésion aux traitements) dont on sait qu'ils sont associés à certaines réponses physiologiques hormonales, inflammatoires et immunitaires impliquées dans la progression des cancers (Antoni *et al.*, 2009).

D'après une méta-analyse d'études prospectives menées auprès de patients atteints du HIV, le stress est associé à la progression de la maladie et à la mortalité (Chida et Vedhara, 2009). Par ailleurs, des études menées auprès de patients diabétiques de type 1 et 2 ont clairement mis en lumière le rôle du stress perçu dans l'apparition et l'évolution de la maladie (Fisher *et al.*, 2007). Il y aurait une relation entre hormones de stress et sécrétion d'insuline (ce qui peut accélérer la survenue du diabète) et entre le stress et divers facteurs associés au contrôle glycémique et augmentant le risque de diabète de type 2 (obésité, pression artérielle). Enfin, dans le domaine de la douleur chronique, chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, une relation entre symptômes douloureux et stress perçu a été observée (Treharne, Lyons, Booth, et Kitas, 2007).

2.5.2 Pathologies mentales

Les événements de vie semblent jouer un rôle déclencheur vis-à-vis de certains troubles mentaux : schizophrénie, états dépressifs, tentatives de suicide, troubles anxieux, phobiques et attaques de panique (Amiel-Lebigre, 1993). Généralement, on se contente de mesurer la fréquence d'apparition des événements de vie dans les trois mois précédant l'épisode pathologique et de la comparer à celle rapportée par des sujets-témoins. Cet auteur, ayant comparé des sujets dépressifs à un groupe contrôle montre que c'est l'intensité du retentissement subjectif des événements plus que leur type ou leur nombre qui différencie les deux groupes. Le stress perçu prédit la détresse émotionnelle, l'anxiété et la dépression (Baker, 2003 ; O'Connor, Cobb, et O'Connor, 2003 ; Towbes et Cohen, 1996). Ce qui est dysfonctionnel n'est donc pas la situation aversive en elle-même, mais la façon dont l'individu la ressent.

2.5.3 Pathologies professionnelles

Des symptômes très variés peuvent se développer lorsque des individus sont confrontés à des problèmes professionnels aigus ou chroniques, notamment lorsqu'ils vivent leur situation de travail comme pénible, voire même comme insupportable (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 1997). Le stress au travail, véritable enjeu en santé publique, est l'objet de nombreuses études menées sur les relations entre stress professionnel chronique et santé physique ou mentale. Des millions de travailleurs sont concernés par des troubles musculo-squelettiques (TMS), l'un des problèmes majeurs de santé au travail. Les effets du stress professionnel sur

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

les TMS ont fait l'objet d'une méta-analyse récente (Hauke, Flintrop, Brun, et Rugulies, 2011).

Le *burnout* (syndrome d'épuisement professionnel) est une pathologie professionnelle parmi les plus préoccupantes. Maslach (1981) considérait au départ que les professions relationnelles (enseignants, soignants) ou dangereuses (policiers, pompiers) étaient particulièrement propices au développement du *burnout*. Depuis, il a été clairement montré que le *burnout* peut concerner toutes les professions. Truchot (2004) note que les recherches actuelles utilisent un modèle interactionniste et un protocole transversal, alors que les notions de stress et de *burnout* se réfèrent à un modèle transactionnel et séquentiel. Quelques études prospectives concernent l'impact du stress professionnel perçu sur l'ajustement émotionnel (*burnout*), la satisfaction au travail ainsi que la performance professionnelle et se réfèrent à un modèle transactionnel (Laugaa, Rascle, et Bruchon-Schweitzer, 2008 ; Rascle, 2001 ; Rascle et Bergugnat, 2008).

2.6 Les mécanismes expliquant les effets du stress sur la santé

Certains comportements à risques sont plus fréquemment adoptés par les individus stressés, qui consomment par exemple plus de tabac ou de drogues ou sont moins observants vis-à-vis des régimes alimentaires et des activités physiques (Holohan *et al.*, 2003). Ils mettent en outre plus de temps à consulter lorsqu'ils ont besoin d'un diagnostic ou d'un traitement (Andersen et Cacioppo, 1995). Ainsi, le stress perçu réduit la probabilité d'adopter des comportements sains et augmente celle des comportements à risque. Pour une revue concernant les effets des conduites à risques et des addictions sur la santé, consulter Bonnaire et Varescon (2012).

Nous avons vu précédemment que divers aspects du stress ont un effet sur la santé somatique et psychique des individus : caractéristiques objectives et perçues ; stress aigu et chronique ; sources personnelles, familiales, médicales, professionnelles Le stress perçu fonctionne en étroite interaction avec d'autres variables transactionnelles (stratégies de coping notamment) mais aussi en relation avec divers systèmes physiologiques (on parle à ce sujet de cofonctionnements biopsychosociaux). Pour une synthèse, on pourra consulter Dantzer et Goodall (1994) et pour l'éclairage apporté par la psychoneuroimmunologie quant à la genèse de diverses maladies, Thurin et Bauman (2003).

Segerstrom et Miller (2004) ont réalisé une méta-analyse à partir de plusieurs études mettant en évidence des mécanismes pouvant expliquer les relations entre stress et problèmes de santé : mécanismes neuroendocrinoimmunitaires, par exemple. Certaines hormones sont associées aux états de stress : les *gluco-corticoïdes* (dont le cortisol) produits par le cortex surrénalien lorsqu'il est activé par l'axe corticotrope de l'hypophyse et les *catécholamines* (adrénaline, noradrénaline) libérées par le système sympathique (axe médullo-surrénalien). Le taux de gluco-corticoïdes, lié à la perte de contrôle et à la détresse, induirait une *baisse de l'immuno-compétence*. Le taux de catécholamines, lié à des perceptions et cognitions actives (se battre, fuir), préparerait l'organisme à l'action en induisant l'augmentation de certaines réponses (pression artérielle, rythme cardiaque, rythme respiratoire, température et glycémie).

Le lien entre activité psychique (émotions, cognitions et comportements) et activation physiologique (axes corticotrope et médullo-surrénalien) apparaît comme bidirectionnel. Le premier système serait fortement impliqué dans les pathologies cardio-vasculaires, le second dans les cancers, les maladies infectieuses et auto-immunes. De nombreuses études menées chez l'animal et chez l'homme montrent que le stress induit une diminution des défenses immunitaires. Cet effet ne s'expliquerait pas seulement par l'effet immuno-suppresseur des gluco-corticoïdes. Le système immunitaire communique avec le système nerveux central et avec le système nerveux autonome (Dantzer, 2001) et inversement. Si le système nerveux central agit sur le système immunitaire par les voies décrites précédemment, *le système immunitaire, à son tour, « renseigne » le cerveau quant à la présence d'agents pathogènes grâce aux cytokines*.

Les apports de la psychoneuroimmunologie contribuent largement à éclairer les liens entre le stress et l'état de santé. En effet, diverses études menées sur le sujet humain confirment la sensibilité des réponses immunes aux états cognitifs et émotionnels (Ader, 1981) et suggèrent l'implication de mécanismes immunitaires dans la physiopathologie de la dépression (Capuron et Miller, 2004 ; Dantzer, Wollman, et Yirmiya, 1999). Le stress induit l'activation de l'axe corticotrope avec la libération d'ACTH et de cortisol (qui peuvent induire des symptômes somatiques et psychiques) et s'accompagne de la production de cytokines responsables d'altérations physiologiques et psychiques dénommées « comportement de maladie » (Capuron, 1999). Il est intéressant de voir que plusieurs de ces réactions sont semblables à certains symptômes dépressifs : sommeil agité, troubles de la concentration, diminution

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

de l'appétit, repli sur soi, diminution de l'activité physique, humeur dépressive et anhédonie (Capuron, 1999).

Ces réponses sont régulées et transitoires en général. Néanmoins un stress chronique peut favoriser l'instauration d'une réponse mal régulée, se caractérisant par exemple par la production chronique et importante de cytokines pro-inflammatoires par exemple. Celles-ci peuvent induire divers états psychologiques, des symptômes dépressifs notamment (Capuron, 1999). Le stress est un phénomène complexe impliquant des transactions individu-environnement et des interactions (intra-système et inter-systèmes). En outre, le stress perçu n'est pas le seul processus modulant les effets d'événements aversifs sur le développement de troubles psychiques et somatiques : d'autres transactions sont impliquées dans les cofonctionnements biopsychosociaux que nous venons d'évoquer et peuvent tout à fait moduler les relations entre stress et maladies.

2.7 Conclusion

À la lumière des résultats des études consacrées aux événements de vie et au stress perçu, nous pensons qu'il est utile d'évaluer à la fois les événements stressants (mesures objectives, hétéro-évaluations) et la façon dont le sujet concerné les ressent (auto-évaluation), ceci dans les recherches comme dans les études cliniques. *Le stress perçu est l'un des médiateurs essentiels par lequel transitent à la fois les caractéristiques de la situation aversive et la personnalité du sujet. Son rôle est en général dysfonctionnel* notamment vis-à-vis de critères comme la santé, le bien-être, la satisfaction et la qualité de vie.

3. Le contrôle perçu

Nous avons considéré plus haut le lieu de contrôle (LOC) comme un antécédent dispositionnel, car c'est une croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs dépendent soit de facteurs internes, soit de facteurs externes (voir *supra*, chap. 3, § 2). Nous allons décrire à présent un aspect spécifique et transitoire du contrôle, le *contrôle perçu*, qui est un processus transactionnel, croyance en la maîtrise d'un problème ou d'un stresseur particulier. Le contrôle perçu dépend à la fois des caractéristiques de l'individu et de celles de la situation.

3.1 Définition

Confronté à une situation stressante, l'individu pense-t-il pouvoir la maîtriser ? Le contrôle perçu consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter et de maîtriser un ou des événements. C'est un processus évaluatif en interaction avec le stress perçu, il est relativement spécifique (par rapport à une situation particulière) et transitoire (il est momentané), ce qui le distingue du Lieu de Contrôle, croyance durable et généralisée, que l'on considère comme un antécédent dispositionnel plutôt que comme un processus transactionnel.

3.2 Le contrôle perçu comme transaction spécifique

En réalité le contrôle perçu n'est que l'une des séquences d'un processus cognitivo-comportemental complexe par lequel un individu s'ajuste à un contexte aversif. D'après la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984), un individu confronté à un stresseur commence par évaluer la situation à affronter (évaluation primaire incluant le stress perçu), puis il évalue *les ressources lui permettant de faire face à cette situation* (évaluation secondaire comprenant le contrôle perçu, le soutien social perçu) et il met en place enfin diverses stratégies, soit pour modifier la situation (coping centré sur le problème), soit pour se modifier lui-même (coping centré sur l'émotion)[1]. Le contrôle perçu est considéré comme un processus transitoire, résultant de la transaction entre une personne (qui a des croyances générales en ses possibilités de contrôler les événements) et une situation (un événement particulier plus ou moins contrôlable objectivement).

3.3 La mesure du contrôle perçu

Pour explorer ce processus, des échelles de contrôle perçu spécifique ont été élaborées dans divers domaines (médical, organisationnel, scolaire, etc.). Nous présenterons ci-après trois de ces instruments : une

1. Certains auteurs utilisent la notion de contrôle pour désigner la stratégie qui consiste à maîtriser les réactions émotionnelles induites par une situation stressante. À notre avis, cette extension du concept de contrôle est abusive et ne peut que semer la confusion. Lorsqu'un individu utilise spontanément certaines stratégies lui permettant non pas de modifier la situation mais de réguler ses émotions (par l'évitement ou la suppression des affects négatifs par exemple), il s'agit d'une stratégie de coping pour certains (coping centré sur l'émotion), d'un mécanisme de défense pour d'autres (blocage, évitement, dénégation, répression…).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

échelle de lieu de contrôle de la santé, la MHLCS de Wallston *et al.* (1978), une échelle de lieu de contrôle des cancers, la CLCS, popularisée par Watson *et al.* (1990) et l'échelle de contrôle professionnel de Karasek (1998).

3.3.1 Une échelle de contrôle perçu de la santé, la MHLCS

La plus utilisée des échelles de contrôle de la santé et celle qui a suscité le plus de recherches est la MHLCS (*Multidimensional Health Locus of Control Scale*) de Wallston et ses collègues (1978, 1987, 1994), fondée sur un modèle tridimensionnel. Ces auteurs s'inspirent à la fois de la théorie de l'apprentissage social de Rotter et de celle de Levenson. Selon Wallston, certaines croyances concernant la santé (et sa propre santé) sont acquises : elles dépendent des expériences personnelles (de santé et de maladie), de l'expérience des problèmes de santé d'autrui (apprentissage vicariant) et des croyances véhiculées par la culture (ou par la sub-culture de l'individu).

Wallston *et al.* (1994) rappellent qu'une structure à trois facteurs a été généralement retrouvée dans les études utilisant la MHLCS (ou des instruments dérivés). Les trois facteurs de contrôle obtenus sont généralement indépendants ou en légère intercorrélation négative. Il est possible d'administrer à certains sous-groupes des versions plus spécifiques de l'échelle MHLCS, explorant des croyances encore plus spécifiques envers leur propre santé ; dans ce cas, la consigne renvoie à un problème médical particulier : arthrite, diabète, douleur, cancer, etc. La structure à trois facteurs de la MHLCS (I, contrôle interne ; C, contrôle externe dû à la chance ; P, contrôle externe par des personnages puissants) s'est avérée très stable d'un groupe de patients à l'autre (arthritiques, diabétiques, douloureux chroniques, cancéreux).

3.3.2 Une échelle de contrôle perçu des cancers : la CLCS

Le lieu de contrôle de la santé a été évalué par la MHLCS dans la plupart des études prenant pour critère l'adoption de comportements sains ou à risques. Pour des personnes atteintes d'une maladie chronique se percevant comme « déjà malades », certains items de ce questionnaire ne sont pas pertinents, comme, par exemple : « Si je tombe malade, c'est mon propre comportement qui déterminera avec quelle rapidité je me rétablis » (item 1) ou : « Je maîtrise ma santé » (item 6) ou : « Quoi que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade » (item 2).

La CLCS (*Cancer Locus of Control Scale*) de Pruyn et ses collaborateurs (1988) a été construite pour explorer le contrôle perçu spécifique chez des patients cancéreux. Elle se compose de dix-sept items permettant d'évaluer trois facteurs : *perception de contrôle interne* concernant l'évolution ultérieure de la maladie, *attribution causale interne* concernant l'origine de la maladie et *contrôle religieux*. La CLCS a été traduite et validée en français (Cousson-Gélie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, et Lakdja, 2005) (voir tableau 6.2). Sa structure factorielle est identique dans ces deux études précitées.

Tableau 6.2 – *Le questionnaire de lieu de contrôle spécifique aux cancers (CLCS), popularisé par Watson* et al. *(1990)*

	Pas du tout d'accord 1	Pas d'accord 2	Plutôt d'accord 3	Tout à fait d'accord 4
1. La survenue de ma maladie a été sans aucun doute le fait du hasard sur lequel je n'avais aucune influence.				
2. Je peux certainement influencer le cours de ma maladie.				
3. Je suis devenu(e) malade en partie parce que Dieu en a décidé ainsi.				
4. Mon docteur peut certainement influencer le cours de ma maladie.				
5. Mon époux(se)/partenaire ou ma famille peut certainement influencer le cours de ma maladie.				
6. La survenue de ma maladie est due à mon style de vie.				
7. Dieu peut certainement influencer le cours de ma maladie.				
8. La survenue de ma maladie a été principalement due à la pollution de l'environnement.				
9. C'est en partie de ma faute si je suis « tombé(e) malade ».				
10. En prenant davantage soin de moi (en faisant de l'exercice ou en mangeant convenablement), je peux influencer le cours de ma maladie.				
11. Des événements malheureux ou des déceptions dans mon passé ont contribué à la survenue de ma maladie.				

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

	Pas du tout d'accord 1	Pas d'accord 2	Plutôt d'accord 3	Tout à fait d'accord 4
12. Ma religion a une influence sur le cours de ma maladie.				
13. En vivant sainement, je peux influencer le cours de ma maladie.				
14. Ma personnalité a eu quelque chose à voir avec la survenue de ma maladie.				
15. Si je suis les conseils de mon docteur, je peux certainement influencer le cours de ma maladie.				
16. Je peux influencer le cours de ma maladie en me battant contre elle.				
17. La survenue de maladie a été surtout due à quelque chose me concernant.				

Facteur (Items)	**Contrôle interne (1*, 6, 9, 11*, 14, 17)**	**Attribution causale (2, 4, 5, 13, 15)**	**Contrôle religieux (3, 7, 12)**
Moyenne	16,62	11,47	5,79
Écart type	3,27	3,89	2,76
Alpha de Cronbach	0,72	0,77	0,76

Résultats obtenus par Cousson-Gélie (1997) sur 157 patientes atteintes de cancers du sein (les items 8, 10 et 16, insuffisamment saturés sur les facteurs, ne sont pas pris en compte dans ce calcul des moyennes ; les items 1 et 11 du facteur I sont cotés en sens inverse). Nous donnons quand même la version originale à 17 items (mais les moyennes fournies ici ne sont calculées que sur 14 items).

- Facteur 1 : Contrôle interne.
- Facteur 2 : Attribution causale.
- Facteur 3 : Contrôle religieux.

On considère généralement que ces échelles de contrôle perçu spécifique sont mieux adaptées à l'évaluation des croyances de contrôle de la santé et de la maladie chez les patients que les échelles générales de lieu de contrôle. Il est vrai que dans ces échelles, les items ont été construits spécialement pour explorer le contrôle perçu vis-à-vis des problèmes de santé : comme la CLCS notamment, bien adaptée aux maladies chroniques graves, ils ont une bonne validité de contenu.

Il existe d'autres échelles de contrôle perçu dans le domaine de la santé, par exemple, des échelles de contrôle spécifiques vis-à-vis du dia-

bète, des échelles d'auto-efficacité et d'impuissance perçue spéciales pour l'arthrite rhumatoïde, des échelles d'attribution causale propres aux traumatismes médullaires (on en trouvera divers exemples dans l'ouvrage de Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001). Il existe aussi des échelles de contrôle perçu concernant d'autres situations aversives : contexte scolaire et professionnel notamment.

3.3.4 Le contrôle professionnel perçu

Le modèle « demande-contrôle » de Karasek (1979) est un modèle interactionniste du stress professionnel. Il prend en compte deux caractéristiques de la situation professionnelle, la *charge de travail* (ou exigences du travail), considérée comme l'une des composantes du stress professionnel lorsqu'elle est auto-évaluée et le *degré d'autonomie* (variété des tâches, utilisation des compétences, marge de décision, opportunités d'apprentissages nouveaux), qui correspond, lorsqu'il est auto-évalué, au contrôle professionnel perçu.

Le questionnaire de Karasek (1979), le JCQ (*Job Content Questionnaire*), permet d'évaluer ces deux caractéristiques (contraintes et autonomie perçues). Un travail à la fois très contraignant et peu contrôlable aurait, selon cet auteur, des effets nocifs sur la santé émotionnelle (dépression, anxiété, *burnout*…) et somatique (nombreux symptômes, augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires…). On trouvera une description de ces pathologies dans Bruchon-Schweitzer *et al.* (1997) et une description de ce modèle dans Rascle (2001).

Tableau 6.3 – *Le JCQ (Job Content Questionnaire)*
La dimension de contrôle professionnel de Karasek et ses deux composantes : autonomie décisionnelle et liberté dans le travail

Ces 11 items sont issus d'analyses factorielles menées en Suède, sur les réponses d'un échantillon de plus de 13 700 salariés des deux sexes, suivis ensuite pendant 8 ans et demi par Johnson *et al.* (1989). On peut calculer un score d'autonomie décisionnelle, un score de liberté dans le travail (utilisation des compétences) ou encore un score total de contrôle professionnel perçu.
À chaque item proposé, le sujet doit répondre de 0 (jamais) à 2 (souvent).

Autonomie décisionnelle
- Autonomie dans l'organisation du travail.
- Autonomie dans l'aménagement du lieu de travail.
- Autonomie dans l'aménagement du temps de travail.
- Planifier les moments de pause.
- Planifier les vacances.

☞

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞
Liberté dans le travail
- Possibilité de recevoir un coup de téléphone privé pendant les heures de travail.
- Possibilité de recevoir une visite privée pendant les heures de travail.
- Avoir des tâches très variées.
- Pouvoir utiliser des méthodes de travail très différentes.
- Occasions d'apprendre de nouvelles choses et de développer de nouvelles compétences.
- Avoir des horaires flexibles.

Quelques items de l'échelle de contrôle de Karasek (version révisée de Johnson *et al.*, 1989) sont présentés dans le tableau 6.3. Le contrôle professionnel perçu implique, selon ces auteurs, le fait de croire que l'on dispose d'une certaine autonomie (prises de décision notamment) et d'une certaine liberté dans son travail (flexibilité des horaires, variété des tâches…). Le questionnaire complet contient outre le contrôle perçu une évaluation des contraintes de travail, le modèle de Karasek posant que le stress professionnel est défini à la fois par de fortes contraintes et par un faible contrôle.

3.4. L'impact du contrôle perçu sur la santé

Le contrôle perçu (et les notions voisines, comme l'auto-efficacité perçue) joue un rôle très généralement protecteur vis-à-vis de la santé. En revanche, le sentiment d'absence de contrôle, appelé parfois « impuissance perçue », a des effets très généralement dysfonctionnels.

3.4.1 Contrôle perçu et maladies chroniques

Il a été observé que le contrôle perçu améliore la qualité de vie émotionnelle et somatique, ceci dans des groupes de patients très divers (asthmatiques, cancéreux, arthritiques, cardiopathes…). Les effets du contrôle perçu sur ces issues paraissent assez complexes : ils peuvent être directs ou indirects (effet transitant par certains médiateurs comme le coping et l'adoption de comportements sains), ou s'exercer en interaction avec d'autres processus psychologiques (stress perçu, soutien social perçu) et physiologiques (fonctionnement neuro-endocrinien et neuro-immunitaire).

Généralement, les patients qui pensent contrôler leur maladie semblent mieux ajustés que les autres (détresse moindre, coping plus actif). Le rôle protecteur du contrôle de la santé est amplifié lorsque celui-ci se conjugue avec certaines croyances (valeur de la santé, auto-efficacité) et avec certaines caractéristiques du contexte (prescriptions plutôt « internes »,

stresseurs ponctuels et contrôlables). En revanche, dans certaines situations aversives (maladie grave, événements non maîtrisables), cet effet bénéfique s'atténue ou même s'inverse (Greene et Murdock, 2013). Le fait de croire par exemple, que les causes de sa maladie sont internes (attribution causale interne) est dysfonctionnel : cette croyance est associée à des stratégies d'ajustement émotionnelles et à davantage de détresse.

En psycho-oncologie, plusieurs études ont mis en évidence des relations entre le contrôle perçu et l'issue favorable d'un cancer, d'après la méta-analyse de Franks et Roesch (2006). Si elles ont conduit à quelques résultats discordants, une certaine cohérence s'en dégage cependant : un contrôle perçu interne (spécifique au cancer) pourrait jouer un rôle fonctionnel : il induit davantage de stratégies de coping actives, une meilleure adhésion thérapeutique et une détresse moindre en début de maladie ; mais à moyen terme, il ne semble plus protéger les patients. Lorsqu'une maladie dure en dépit des efforts du patient et des médecins, sans doute est-elle perçue de plus en plus comme incontrôlable.

3.4.2 Les effets du contrôle professionnel perçu

La plupart des études menées sur les effets du contrôle professionnel perçu utilisent l'auto-évaluation. Il existe de très nombreuses recherches menées en milieu organisationnel pour étudier les relations entre contrôle perçu et diverses issues. Elles montrent que le contrôle professionnel perçu a des effets fonctionnels sur la santé physique et mentale des salariés. Ces effets se conjuguent à ceux des contraintes perçues du travail et ceux du soutien social perçu. Ceci est en accord avec la théorie transactionnelle du stress selon laquelle les différentes séquences de la phase d'évaluation (primaire et secondaire) fonctionnent en étroite interdépendance. Globalement, on peut conclure que l'impact du contrôle professionnel perçu sur la santé est généralement bénéfique (sauf si les situations stressantes, sont incontrôlables). Les études menées dans le domaine professionnel montrent, pour la plupart, que le contrôle perçu est plus fonctionnel que le contrôle effectif (Endler, Speer, Johnson, et Flett, 2000).

3.5 Les mécanismes explicatifs

Les recherches décrites dans ce paragraphe montrent que le contrôle perçu a généralement des effets fonctionnels tant sur la santé physique que mentale. Ces effets pourraient être directs et indirects, ce que nous allons examiner maintenant.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

3.5.1 Effets directs

Le contrôle perçu a des effets sur l'activité de divers systèmes (neuro-endocrinien et neuro-immunitaire par exemple). Le contrôle perçu semble avoir pour effet de stimuler les défenses immunitaires (Reynaert *et al.*, 1995). L'absence de contrôle semble avoir chez les animaux et chez l'homme un effet immuno-suppresseur généralisé (Dantzer, 2001). Les efforts de contrôle d'une situation aversive s'accompagnent d'une hyperactivité du système sympathique (axe de l'effort) et d'une augmentation du taux de catécholamines alors que l'absence de contrôle et l'impuissance sont associées à l'hyperactivité de l'axe corticotrope (axe de la détresse), s'accompagnant d'une augmentation du taux de cortisol. Cette substance réduit l'efficacité des réponses immunitaires, ce qui peut favoriser la croissance de certaines tumeurs et l'évolution de certaines infections.

3.5.2 Effets indirects

Les effets du contrôle perçu sur la santé pourraient s'exercer selon plusieurs voies et ne sont pas indépendants de ceux des autres processus transactionnels. Le contrôle perçu impliquant la croyance en une certaine maîtrise des événements à venir, facilite sans doute l'adoption de stratégies de coping centrées sur le problème pouvant dans certains cas renforcer en retour les efforts de l'individu. Nous avons vu dans le chapitre 5 que les croyances spécifiques relatives à la contrôlabilité d'une maladie induisent en général l'adoption de comportements plus sains (recherche d'informations, observance thérapeutique…) et une attitude combative face à la maladie et aux soins.

3.5.3 Effets conjugués du contrôle avec celui d'autres facteurs

L'effet bénéfique du contrôle perçu n'est pas systématique, car il peut interagir avec différentes autres caractéristiques personnelles (auto-efficacité, croyances de santé, stress perçu, soutien social perçu, comportements de santé, coping) et situationnelles (contrôlabilité, durée, gravité, etc.). Chez les sujets cancéreux, un contrôle perçu de la maladie ne semble bénéfique qu'à court terme. Ensuite, il interagit sans doute avec l'évolution effective de la maladie. Si, malgré les efforts des patients et leur adhésion thérapeutique, leur état est stationnaire ou empire, on comprend bien que leurs croyances de contrôle sont en contradiction avec la réalité de la situation et n'affectent donc plus leur qualité de vie perçue. Le contrôle perçu interagit également avec l'état de santé objec-

tif chez les patients séropositifs. D'après Bidan-Fortier (2001) il a été observé que les tentatives de contrôle de ces patients et leur adhésion thérapeutique se traduisant souvent par des améliorations tangibles (charge virale, taux de CD4 +), on comprend pourquoi un contrôle interne a chez ces patients des effets bénéfiques sur leur santé émotionnelle.

3.5.4 Conclusion

Nous avons vu plus haut (voir *supra*, chap. 4, § 2) que l'internalité, caractéristique dispositionnelle stable et générale, avait des effets salutogènes à la fois sur le bien-être et sur l'état fonctionnel des individus. Le contrôle perçu a semble-t-il des effets protecteurs assez comparables sur la santé, mais cet effet est loin d'être systématique car il interagit avec certaines autres caractéristiques des individus et du contexte, celui-ci pouvant s'avérer peu ou non contrôlable. Il faut donc se garder d'assimiler hâtivement le contrôle comme disposition et le contrôle perçu comme transaction.

4. Le soutien social

Parmi les ressources dont un individu dispose pour faire face à un événement éprouvant, on distingue ses ressources personnelles (contrôle et auto-efficacité perçus, compétences…) de ses ressources sociales (aide fournie par autrui). Selon le modèle transactionnel, l'évaluation secondaire consiste à estimer si la situation est contrôlable et à se poser la question : « Compte tenu des exigences de cette situation, que puis-je faire et qui peut m'aider ? » De ces évaluations successives, qui pourront donner lieu à des réévaluations, dépendra dans une phase ultérieure l'élaboration de stratégies d'ajustement ou coping, stratégies qui seront présentées un peu plus loin (voir *infra*, chap. 6, § 5).

Le soutien social est devenu un concept extrêmement populaire dans les années 1970. Ainsi, les notions de stress, de soutien et de coping comptent parmi les plus importantes en psychologie de la santé et dans les domaines voisins. Les études épidémiologiques menées dans les années 1960-1970 avaient montré que des caractéristiques comme l'isolement augmentaient le risque de développer des pathologies mentales et/ou somatiques. La notion de soutien social est utilisée dans plusieurs disciplines (sociologie, médecine, épidémiologie, psychologie, soins

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

infirmiers…) dans des sens assez différents. Les publications consacrées au soutien social ne donnent pas en général de définition théorique de cette notion.

4.1 Principales notions

Le soutien social comprend au moins trois notions différentes, qui elles-mêmes se subdivisent en facettes plus spécifiques : le réseau social (*social network*), que l'on dénomme aussi intégration sociale, le soutien social reçu (*functional social support*) et le soutien social perçu (*perceived social support*).

4.1.1 Le réseau social

Depuis les premiers travaux de Durkheim (1893) où il a été observé que les suicides étaient plus fréquents lorsque les individus étaient isolés, les sociologues et les épidémiologistes ont conceptualisé et mesuré le *réseau social*, c'est-à-dire *le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens* (Barrera, 1986). Cette notion décrit le degré relatif d'intégration sociale ou d'isolement d'un individu. Elle correspond à l'aspect *structural* du soutien (Procidiano et Heller, 1983 ; Thoits, 1995).

Divers aspects du réseau social se sont révélés associés à la santé physique et mentale (nombre, stabilité, réciprocité des connexions…). En général, la solitude est un facteur de risque de morbidité et de mortalité, alors que l'intégration sociale est un facteur de protection. Les individus divorcés ou dont le partenaire est décédé sont en moins bonne santé que les sujets vivant en couple ou célibataires, cette différence s'accentuant après 50 ans. De nombreuses études mettent en évidence des taux de mortalité relativement élevés chez les veufs (et, à un moindre degré, chez les veuves). Cette hécatombe serait due à la rupture brutale des liens sociaux antérieurs (partenaire, amis…) et à la perte du soutien social que ces relations procuraient.

L'intégration sociale ne joue pas un rôle modérateur significatif entre événements stressants et santé physique et psychologique (Thoits, 1995). L'existence de liens sociaux, si elle est l'une des conditions nécessaires pour recevoir du soutien, n'est pas une condition suffisante pour que ces relations aient des effets bénéfiques. C'est une relation intime, permettant de se confier à un « autre significatif » (partenaire, parent, ami…) qui est la forme de soutien la plus fonc-

tionnelle, celle qui protège l'individu contre les effets de l'adversité (Cohen et Wills, 1988).

4.1.2 Le soutien social reçu

Il s'agit de l'*aide effective apportée à un individu par son entourage* (Winnubst *et al.*, 1988). Plusieurs classifications se sont développées, dont la plus répandue semble toujours être celle de House (1981), qui distingue quatre fonctions du soutien :

- ➔ le *soutien émotionnel* consiste à recevoir de la part d'autrui l'expression des affects positifs qu'il nous porte (confiance, amitié, amour…) ainsi que certains comportements de réassurance, de protection ou de réconfort ;
- ➔ le *soutien d'estime* consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et sa valeur, ce qui renforcera sa confiance en elle-même dans les moments de doute ;
- ➔ le *soutien informatif* comprend des conseils, des suggestions, l'apport de connaissances sur un problème ou des propositions ;
- ➔ le *soutien matériel* implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de biens matériels et des services rendus dans des moments difficiles.

La plupart des travaux menés sur l'efficacité relative de ces différents types de soutien montrent que c'est le soutien émotionnel qui joue le rôle le plus important. Il permet de réduire le stress perçu et les états anxieux, il affecterait l'évaluation primaire de la situation, augmenterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies de coping. Les types de soutien doivent aussi être considérés selon leur congruence avec les caractéristiques de la situation stressante ainsi que les attentes et les besoins du sujet-cible. Pour qu'il soit satisfaisant, le type de soutien émis doit être en adéquation avec sa source (famille, amis, collègues de travail, spécialistes…).

Le soutien social peut parfois nuire au lieu d'aider. Tenter, par exemple, de réconforter une personne souffrant d'une maladie sévère en utilisant le déni (vis-à-vis de la gravité de la maladie ou de l'anxiété du patient) peut aller à l'encontre de son besoin d'exprimer et de ventiler ses affects négatifs. C'est, en dernière analyse, la satisfaction ressentie par le destinataire du soutien qui serait l'indicateur le plus pertinent de l'adéquation de ce soutien par rapport à ses attentes et besoins. On quitte donc ici le domaine du soutien reçu pour aborder celui du soutien perçu.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.1.3 Le soutien social perçu

Le soutien social perçu peut être défini comme l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et par le fait que celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits (Procidiano et Heller, 1983). Cette notion désigne également une transaction entre individu et environnement telle que perçue par l'intéressé. C'est une notion complexe pouvant se subdiviser en composantes comme, la disponibilité et la satisfaction :

- la *disponibilité* est *le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin* (avis, information, écoute, réconfort, aide matérielle…). Selon Cohen et Wills (1985), c'est précisément le fait d'être convaincu que certaines personnes peuvent nous aider qui atténue l'impact d'un événement stressant ;
- la *satisfaction* souvent considérée comme l'aspect qualitatif du soutien social. Gentry et Kobasa (1984) définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme une *ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles*. La satisfaction n'est pas liée au nombre de contacts sociaux mais au fait que, parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confidences dans les moments difficiles (Hobfoll, 1985).

Le soutien social perçu est un processus cohérent avec la conception transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984) ; il implique en effet l'évaluation relative des exigences de la situation et des ressources sociales disponibles. Un soutien social n'est satisfaisant que si le sujet-cible évalue ce qu'il reçoit, ou pense recevoir, comme *adéquat par rapport à ses attentes et à ses besoins* (Irwin G. Sarason, Levine, Basham, et Sarason, 1983).

4.1.4 Les divers aspects du soutien social

On peut se demander si les divers aspects du soutien décrits ci-dessus sont indépendants ou bien s'ils font partie d'une même dimension plus générale. Les composantes du soutien sont intéressantes à étudier séparément, certaines, comme le réseau social, ayant plutôt des effets principaux, d'autres, comme le soutien social perçu, des effets surtout indirects (Barrera, 1986 ; Cohen et Wills, 1985). On peut aussi se demander quels sont ceux qui prédisent la santé somatique et/ou la santé émotionnelle ?

Certains auteurs considèrent que le soutien social perçu est la seule composante pertinente du soutien ; il a un effet protecteur très significatif sur la santé physique et mentale (Thoits, 1995 ; Turner et Marino, 1994). Nous reviendrons un peu plus loin sur les effets directs et indirects des divers aspects du soutien social (voir *infra*, chap. 6, § 4.3).

4.2 La mesure du soutien social

Il existe beaucoup d'outils visant à évaluer le soutien social ; nous n'en citerons que quelques exemples en renvoyant le lecteur à la synthèse de Cohen, Gotlieb et Underwood (2000). Parmi les outils existants, certains explorent le réseau social, d'autres les sources ainsi que les types de soutien et d'autres enfin le soutien social perçu. On trouve aussi des échelles évaluant la santé sociale des individus, qui est considérée dans cet ouvrage comme un critère. La santé sociale est, comme la santé psychologique et la santé physique, un aspect de la qualité de vie (voir *supra*, chap. 1, § 4.5.3), Nous n'y reviendrons donc pas ici.

4.2.1 Une mesure du réseau social : la SNS de Stokes

Il existe divers indicateurs relatifs au réseau social et à l'intégration sociale des individus (taille, dispersion géographique, densité, composition, homogénéité, fréquence des contacts, force des liens, participation à des activités collectives, ancrage dans la communauté…). Pour ce genre de mesure, il serait évidemment souhaitable d'utiliser des mesures objectives, mais cela n'est pas toujours facile, et l'on est souvent obligé de recourir à l'auto-évaluation. Les réseaux sociaux ont beaucoup évolué ces dernières années, établissant des formes nouvelles de relations sur internet, entre jeunes notamment (Facebook, forums de discussion…) ; leur particularité est d'être consultables à tout moment et partout et de comprendre des communications « virtuelles » plutôt qu'en face à face.

La SNS (*Social Network Scale*) adaptée et validée par Stokes (1983) est représentative de cette catégorie d'outils. Elle permet d'évaluer quatre aspects du réseau social : la taille, le nombre de relations, la densité (nombre de personnes du réseau qui sont interconnectées), et le nombre de relations privilégiées (personnes desquelles on se sent proche et à qui l'on peut se confier). Les scores que l'on peut calculer à partir des items de la SNS se sont avérés faiblement associés à certaines issues de santé (satisfaction de la vie, morbidité). L'avantage de cette mesure est d'être rapide, d'autant que l'on peut facilement la compléter par d'autres mesures du soutien.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.2.2 Une mesure du soutien social reçu : l'ISSB de Barrera

Divers instruments permettent d'apprécier les types de soutien reçus par un individu et parfois leur source. Le soutien social reçu est défini par Barrera et Ainlay (1983) comme l'ensemble des aides spontanées que les individus reçoivent de la part de leur entourage ; c'est une conception fonctionnelle du soutien. L'ISSB (*Inventory of Socially Supportive Behaviors*) de Barrera évalue quatre types de soutien : émotionnel, instrumental, informatif et intégratif (par exemple : « quelqu'un a discuté avec vous d'un sujet qui vous intéresse »). Il comprend quarante items (auxquels on doit répondre de 1 (presque jamais) à 5 (presque chaque jour), en se référant à l'aide reçue pendant le mois précédent).

4.2.3 Une mesure générale du soutien social perçu : le SSQ de Sarason

Parmi les échelles mesurant le soutien social perçu, la plus utilisée est le SSQ (*Social Support Questionnaire*) de Sarason *et al.* (1983) dans sa version longue à vingt-sept items ou sa version courte à six items (SSQ6). Elles permettent de savoir : de quelles personnes un individu s'attend-il à recevoir de l'aide dans six situations différentes (disponibilité) ; quel est le degré de satisfaction associé à ce soutien (de 1, très insatisfait, à 6, très satisfait). Ces échelles permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité et un pour la satisfaction. La version française du SSQ6 (Rascle, Bruchon-Schweitzer, et Sarason, 2005) est présentée au tableau 6.4.

Tableau 6.4 – *Le SSQ6 (Social Support Questionnaire) de Sarason* et al. *(1983)*

1. Quelles sont les personnes disponibles sur qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

Personne	1)	2)	3)	4)	
5)	6)	7)	8)	9)	

2. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait

3. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ?

Personne	1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)	9)

☞

☞

4. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait

5. Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et vos mauvais côtés ?

Personne	1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)	9)

6. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait

7. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoi qu'il arrive ?

Personne	1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)	9)

8. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait

9. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

Personne	1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)	9)

10. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait

11. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous réconforter quand vous êtes bouleversé(e) ?

Personne	1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)	9)

12. Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. Très insatisfait	2. Insatisfait	3. Plutôt insatisfait	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait	6. Très satisfait

4.2.4 Quelques mesures de soutien social perçu en contexte familial et professionnel

Certaines échelles de soutien social perçu sont adaptées à des contextes spécifiques. C'est le cas du FRI (*Family Relationship Index*) de Moos

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et Moos (2002) qui mesure le soutien social d'origine familiale et en explore en particulier trois aspects : la cohésion, l'expression des affects et les conflits. Cette échelle a été traduite, adaptée et validée en français dans ses versions à vingt-sept et douze items (Untas, Rascle *et al.*, 2011). Dans le domaine professionnel, il existe le questionnaire de soutien social de Pinneau (1976) bien adapté à un contexte organisationnel. Il se réfère au soutien social perçu par un salarié lorsque celui-ci est confronté à divers problèmes professionnels.

Le QSSP de Bruchon-Schweitzer (2002) permet d'évaluer en quatre items quatre types de soutien social : soutien d'estime (redonner confiance), soutien matériel ou financier, soutien informatif (conseils, suggestions) et soutien émotionnel (écoute, réconfort). Pour chaque type de soutien sont évaluées la disponibilité (nombre de personnes l'ayant dispensé) et la satisfaction vis-à-vis de ce soutien (sur une échelle de 1 à 5). Cappe *et al*. (2011) ont validé le QSSP dans une population de parents d'enfants autistes. Le QSSP-P (Collange, Bellinghausen, Emery, Albert, et Zenasni, 2012) est une version du QSSP adaptée à la mesure du soutien professionnel ; elle permet d'évaluer quatre types de soutien (les mêmes que ci-dessus) et pour chacun la disponibilité et la satisfaction correspondantes ; les sources de soutien sont ici : les collègues, la hiérarchie et les fonctions supports (ensemble des activités de gestion telles que les ressources humaines, la logistique, la finance…).

4.3 Les effets du soutien social sur la santé

Les études menées sur les effets du soutien social sur la santé montrent, dans l'ensemble, que les effets bénéfiques du soutien social sur la santé mentale sont bien établis ; les résultats sont plus discordants en ce qui concerne ses effets sur la santé physique. Les auto-évaluations (disponibilité, satisfaction et adéquation) se sont avérées plus prédictives vis-à-vis des issues de santé que des indicateurs structuraux (objectifs) comme le réseau social, ceci étant particulièrement marqué pour la santé mentale.

4.3.1 Effets directs, effets indirects

Quant aux chemins reliant le soutien social à la santé, ils sont tantôt *directs* (effets principaux), tantôt *indirects* (effets modérateurs ou effets « tampon »). L'hypothèse concernant l'effet direct du soutien social sur la santé est cohérente avec le *modèle biomédical* classique et avec la perspective épidémiologique consistant à évaluer les effets bénéfiques directs du soutien social sur diverses issues psychologiques et somatiques. Les effets

directs prédominent dans les études prenant en compte les aspects structuraux du soutien. Comme le montre la synthèse d'Uchino et ses collaborateurs, la taille du réseau social et l'intégration sociale sont inversement liées à la mortalité (Uchino, Holt-Lunstad, Smith, et Bloor, 2004).

De nombreuses études ont testé l'effet modérateur éventuel du soutien social sur la santé. Cette hypothèse, selon laquelle le soutien social atténue les effets nocifs du stress sur la santé, est cohérente avec le *modèle interactionniste*. On trouvera à la figure 6.2 une représentation de ces deux effets du soutien social, l'un principal (direct), l'autre modérateur (indirect).

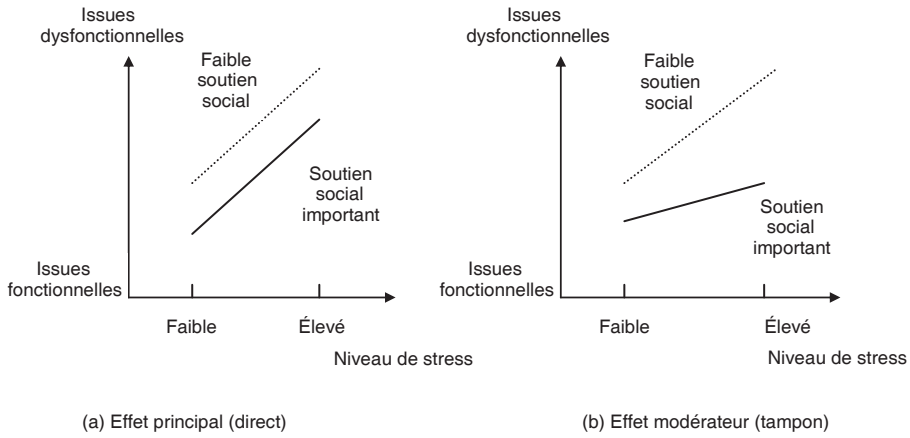


Figure 6.2 – *Effet principal et effet modérateur soutien social*

Quelques études s'inspirant du *modèle transactionnel* considèrent que le soutien social fait partie de l'étape d'évaluation secondaire (évaluation des ressources) et qu'il joue un rôle médiateur entre les stresseurs et les issues. Le soutien social perçu, renforçant le sentiment de contrôle personnel face à une situation aversive, jouerait en effet un rôle fonctionnel (Hobfoll *et al.*, 1988).

4.3.2 Soutien social et santé mentale

La relation entre le soutien social et l'occurrence de divers troubles psychiques dans la population générale (anxiété, dépression, tentatives de suicide…) est généralement négative et modérée. Cette relation est plus marquée si le prédicteur considéré est le soutien social perçu, plutôt que le réseau social ou le soutien reçu (Linehan et Shearin, 1988). De plus, Cornwell (2003), après s'être interrogé sur les effets respectifs du soutien social perçu « négatif » (mésententes, conflits…) et « positif » (aide,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

écoute, partage d'activités…) sur le bien-être des adolescents, a trouvé que l'effet nocif d'un soutien négatif est plus important que l'effet bénéfique d'un soutien social positif sur la dépression évaluée un an après. Le pourcentage de variance commune observé entre diverses mesures de soutien social et différents critères (anxiété, dépression, bien-être) varie de 2 % à 26 % selon les études, ces fluctuations étant attribuables à des définitions disparates du soutien et de la santé mentale.

Ces résultats concordants ont pourtant donné lieu à des interprétations divergentes. Pour Thoits (1985), par exemple, les études épidémiologiques montrent que le soutien social a des effets bénéfiques *directs* sur la santé. Selon lui, les contacts sociaux sont fonctionnels car ils renforcent l'identité personnelle, l'estime de soi et l'auto-efficacité perçue. D'autres auteurs fournissent d'autres explications. Selon Cohen et Wills (1985), par exemple, le soutien social agit *en interaction* avec d'autres variables dont, en particulier, les caractéristiques stressantes des situations. Il modérerait l'effet du stress sur la santé (effet tampon). C'est cette hypothèse qui a suscité le plus de travaux empiriques, dans un contexte médical (maladies, traitements) et organisationnel (travail, milieu scolaire, etc.).

4.3.3 Soutien social, santé physique et ajustement à la maladie

Les études menées dans ce domaine sont si foisonnantes que nous n'en présenterons que quelques-unes ici. Pour une approche plus complète, on pourra consulter Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001). Ces études montrent en général que le soutien exerce à la fois des effets directs et des effets tampon sur l'état de santé émotionnel et somatique des patients.

↘ *Cancers*

Dans le domaine des cancers, un impact direct du soutien social sur des variables biomédicales n'a pas été clairement établi ; Reblin et Uchino (2008) suggèrent qu'il serait intéressant cependant de continuer à mener des études dans cette direction. En revanche, le soutien social a certains effets directs : il facilite l'adhésion thérapeutique des patients et leur recours à certaines stratégies fonctionnelles (pour une synthèse, voir Stanton, Revenson, et Tennen, 2007). C'est surtout le soutien émotionnel procuré par la famille qui est bénéfique, ainsi que le soutien informatif apporté par l'équipe médicale (Wills et Ainette, 2012).

↘ *VIH*

La synthèse de Wills et Ainette (2012) souligne le rôle bénéfique du réseau social et du soutien social apporté par les pairs concernant le HIV

mais également leur impact négatif (effets d'entraînement pour divers comportements à risques dont la consommation de drogues). Néanmoins, le soutien social, et notamment celui procuré par la famille, induit une diminution des comportements sexuels à risques et du risque de contamination chez les adolescents (Wills *et al.*, 2007). D'autre part, le soutien social prédit un meilleur ajustement chez les personnes porteuses du HIV : anxiété et dépression moindres, augmentation des stratégies de coping fonctionnelles (Valverde *et al.*, 2007). Enfin, le soutien social augmente le sentiment d'auto-efficacité, lui-même induisant une meilleure adhésion au traitement (Atkinson, Schennesson, Williams, et Timpson, 2008).

↘ *Diabète*

L'isolement est lié à un taux de mortalité plus important chez les patients diabétiques, même lorsque les variables socio-biographiques, comportementales et médicales sont contrôlées (Zhang, Norris, Gregg, et Beckles, 2007). Le soutien social, au contraire, est associé à un meilleur contrôle glycémique (évalué objectivement avec le taux d'HbA1c dans le sang) : il induit en effet une augmentation du sentiment d'efficacité et une meilleure observance vis-à-vis des traitements (Brody, Kogan, Murry, Chen, et Brown, 2008 ; Nakahara *et al.*, 2006). Un effet tampon du soutien social a également été observé chez des patients diabétiques : il modérerait l'effet du stress sur la symptomatologie dépressive et sur le contrôle glycémique des patients (Griffith, Field, et Lustman, 1990).

↘ *Autres maladies*

Pour une synthèse relative aux effets d'interaction entre le soutien social et d'autres facteurs dispositionnels ou contextuels vis-à-vis de la vulnérabilité cardio-vasculaire, on consultera Consoli (2001). Des observations similaires ont été faites sur des patients insuffisants rénaux. Il a été observé chez des patients hémodialysés qu'un faible soutien social perçu est associé à une mauvaise qualité de vie physique, à un risque plus élevé de mortalité et à une faible observance vis-à-vis des soins médicaux (Untas, Thumma *et al.*, 2011).

Les résultats observés dans les études menées auprès de patients plaident pour des effets à la fois directs et indirects du soutien social sur la santé physique et émotionnelle. Néanmoins, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes reliant les stresseurs, le soutien et d'autres variables transactionnelles aux issues somatiques et émotionnelles.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.3.4 Soutien social dans le milieu professionnel

On a tout d'abord recherché, dans ce domaine comme dans les autres, les effets directs du soutien social organisationnel sur la qualité de vie des salariés, ce qui a en effet été observé (LaRocco, House et French, 1980). Avec le développement des théories interactionnistes du stress professionnel, ont été ensuite explorés les effets modérateurs du soutien social. Dans les formulations récentes du modèle « Demand-Control » de Karasek, le soutien social est considéré comme une ressource protégeant les individus placés dans des situations de travail aversives.

Dans leur ensemble, les études menées dans ce champ montrent *les effets bénéfiques directs du soutien social organisationnel* sur divers critères : il est associé à davantage de satisfaction professionnelle et à moins de dépression et de *burnout*. Elles ont également permis d'observer les *effets modérateurs du soutien* sur ces mêmes critères. Le soutien social organisationnel interagit en particulier avec le stress professionnel perçu, ceci dans le sens attendu : il n'exerce ses effets modérateurs que pour des niveaux élevés de stress professionnel et de soutien. En effet, ce sont seulement les salariés qui bénéficient d'un soutien social organisationnel faible et subissent des contraintes professionnelles importantes qui présentent divers symptômes de non-ajustement comme le *burnout*. Pour une synthèse concernant les relations entre soutien social et *burnout*, on pourra consulter Truchot (2004).

Les résultats de certaines recherches plaident pour des effets positifs directs (mais modérés) des mesures globales de soutien et pour des effets modérateurs un peu plus marqués de certaines mesures plus fines, comme, par exemple, de celui d'un soutien social positif dispensé par les supérieurs. Il apparaît donc nécessaire d'utiliser des mesures de soutien social organisationnel du même niveau de spécificité que celui des stresseurs professionnels considérés[1].

4.4 Les mécanismes explicatifs

Plusieurs explications ont été avancées pour rendre compte des effets fonctionnels directs et indirects du soutien social sur la santé. Un certain nombre de mécanismes hypothétiques, non exclusifs, sont représentés à la figure 6.3 (Furakawa *et al.* 1998).

1. Diverses études menées dans des contextes professionnels aversifs montrent que l'effet tampon du soutien social est plus limité et spécifique que ce que l'on avait tout d'abord supposé : lorsqu'il est significatif, il ne concerne que certains stresseurs et certains types de soutien (Winnubst *et al.*, 1988).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

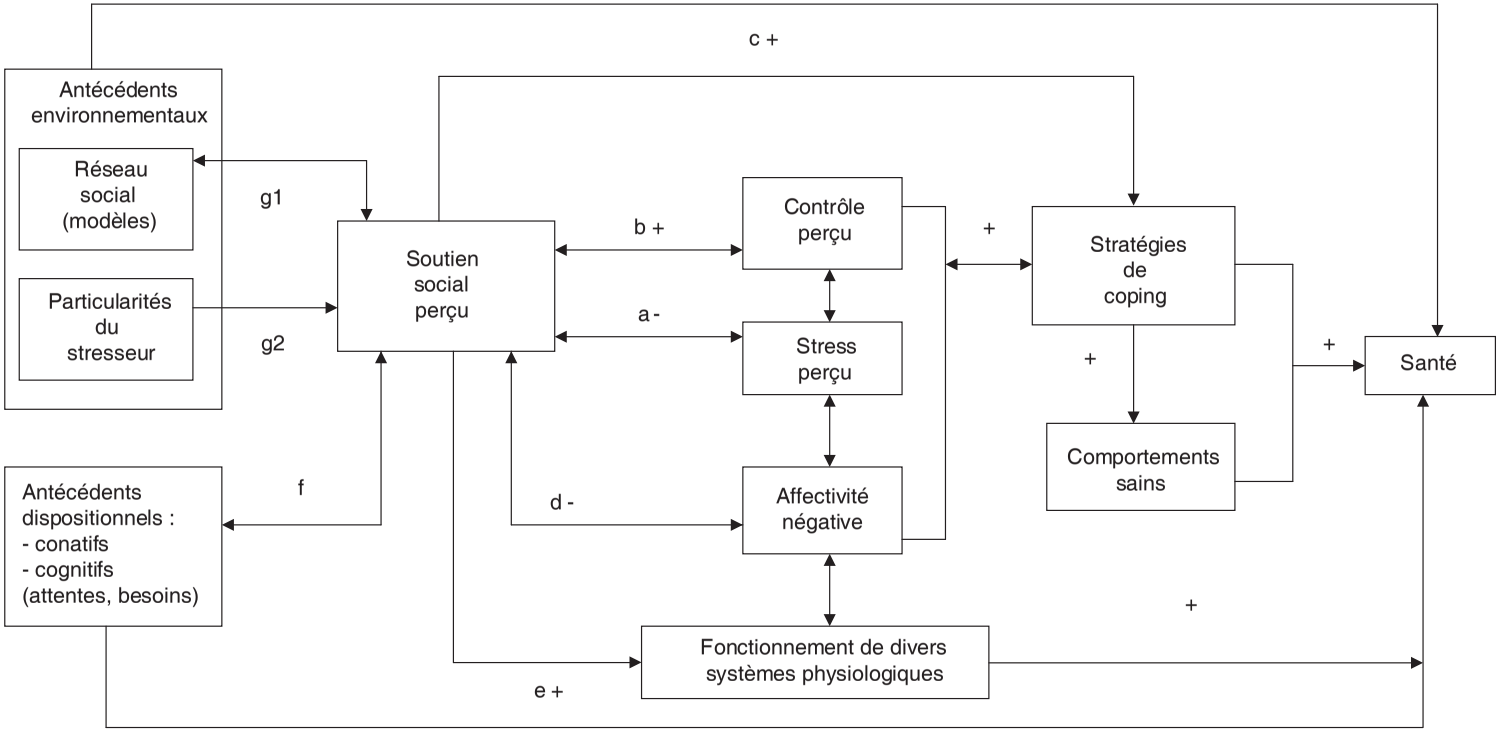


Figure 6.3 - *Mécanismes par lesquels le soutien social affecte la santé (d'après Furakawa* et al.*, 1998)*

Le soutien social perçu atténue le stress perçu, augmente les ressources perçues, diminue les comportements à risques, affecte l'élaboration de certaines stratégies de coping et réduit l'affectivité négative. De plus, il optimise le fonctionnement de divers systèmes physiologiques, pour une revue, voir Uchino (2006). Nous avons vu plus haut que les situations aversives induisent des modifications neuro-endocriniennes (augmentation de la noradrénaline et du cortisol circulants) et une baisse de l'activité immunitaire. Inversement, un soutien social perçu comme satisfaisant (ou disponible) correspondrait à une activation des défenses immunitaires. C'est parce que le soutien social perçu réduit l'affectivité négative et le stress perçu et renforce le sentiment de contrôle qu'il s'accompagnerait d'un fonctionnement optimal de divers systèmes physiologiques (Thoits, 1995).

Par ailleurs, le soutien social perçu et la santé ultérieure pourraient être associés parce qu'ils sont sous la dépendance de déterminants communs. Or divers aspects salutogènes de la personnalité (extraversion, optimisme, LOC interne, estime d0e soi, compétences sociales…) augmentent la probabilité de recevoir, de percevoir ou de rechercher du soutien social. *A contrario*, certaines caractéristiques pathogènes de la personnalité (type A, anxiété, dépression, névrosisme, hostilité…) rendent les individus socialement peu attrayants et réduisent la probabilité d'obtenir du soutien.

Certaines caractéristiques du contexte environnemental pourraient de la même façon agir à la fois sur le soutien social et sur la santé. L'entourage social d'un individu lui fournit des modèles normatifs (croyances et pratiques) qui médiatiseraient l'adoption de styles de vie sains ou à risques. Certains stresseurs peuvent rendre certains types de soutien plus probables que d'autres (deuil : soutien émotionnel ; perte d'argent : soutien matériel ; échec : soutien d'estime…). Enfin, si certains événements suscitent généralement le soutien de l'entourage (naissance d'un enfant, maladie ponctuelle…), certaines situations aversives « usent » ces ressources sociales (invalidité ou démence durable d'un membre de la famille, par exemple).

Le soutien social affecte la santé par diverses voies, mais il est aussi déterminé par divers antécédents. C'est seulement dans ce cas qu'il pourrait jouer un rôle médiateur (entre personnalité et coping, entre stresseurs et contrôle perçu…). Dans les recherches où le soutien social est considéré comme variable indépendante (ou prédicteur), ses effets ne peuvent être que directs (principaux) ou modérateurs (interaction). En se reportant à la figure 6.3, on peut constater à quel point les effets du soutien social pourraient être complexes et ses mécanismes d'action

multiples. Cette figure synthétise les résultats empiriques rapportés ci-dessus (et par Furakawa *et al.* 1998), et suggère des pistes pour les recherches à venir.

Ainsi, les diverses composantes de la phase d'évaluation sont liées à ce qui les précède (antécédents situationnels et individuels) et à ce qui les suit (stratégies d'ajustement, comportements de santé). Selon l'issue de ces processus transactionnels, des effets rétroactifs peuvent induire des réévaluations. On ne peut étudier ces phénomènes dynamiques qu'en adoptant des protocoles respectant le caractère séquentiel du modèle transactionnel, avec de véritables antécédents et de véritables issues, ce qui exige des plans de recherche prospectifs ou semi-prospectifs.

5. Les stratégies d'ajustement ou *coping*

L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques mais essaye d'y « faire face » (*to cope*). On parle de *coping* pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ce terme, d'abord traduit par « stratégie d'ajustement », est admis dans certains dictionnaires français depuis 1999. Le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années 1975 dans les pays anglo-saxons et il a donné lieu à des milliers de travaux scientifiques. En France, il a commencé à être utilisé dans les années 1990 (Paulhan, 1992 ; 1994 ; Cousson-Gélie *et al.*, 1996) et est popularisé depuis une dizaine d'années.

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

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

5.1. Historique de la notion de coping

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

5.1.1 Coping et défense

Le concept de défense date de la fin du XIXe siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'*egopsychology*. Breuer et Freud observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience. Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle grandissant. Dans un texte de Freud de 1926 (« Inhibition, symptôme et angoisse »), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels[1].

À partir des années 1960-1970, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de *coping* (terme qui fut répertorié pour la première fois dans les mots-clés de *Psychological Abstracts* en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. Greer et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénomina-

1. Certaines idées de S. Freud et d'A Freud auront un large écho en sciences sociales, bien au-delà de la psychanalyse. On peut les résumer ainsi : chaque individu utilise un répertoire relativement restreint de mécanismes de défense ; un style défensif particulier peut être associé à une pathologie particulière ; certains mécanismes de défense sont fonctionnels, d'autres sont dysfonctionnels (Perry et Cooper, 1989) ; certains mécanismes sont « immatures « (projection, hypocondrie…), d'autres sont « névrotiques « (intellectualisation, répression, formation réactionnelle) d'autres enfin sont « matures « (sublimation, humour, suppression). Quelques travaux empiriques semblent valider cette hiérarchie, les individus utilisant des défenses élaborées ayant une meilleure santé mentale (Vaillant *et al.*, 1986). Les processus de coping seraient subordonnés aux mécanismes de défense, plus archaïques (Vaillant, 1977).

tions marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et *coping*, notion alors en émergence.

Les différences entre mécanisme de défense et stratégie de coping pourraient être résumées de la façon suivante**.** Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité**.** Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (relative à un problème dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cette situation. Les stratégies de coping se différencièrent peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes et volontaires pour affronter des problèmes actuels ou récents. Pour une synthèse des différences et convergences entre défense et coping, voir Chabrol et Callahan (2004).

5.1.2 Coping et adaptation

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer (*fight*) ou fuir (*fly*), notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse[1]. Le coping et le stress sont considérés par certains auteurs comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation élaborés face aux difficultés de la vie.

Selon Lazarus et Folkman (1984), il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept très large, concernant toute la psychologie, voire même la biologie ; il inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement et, chez l'homme, les perceptions, émotions, motivations, apprentissages, etc. En revanche, le coping est un concept plus spécifique ; s'il inclut aussi les réponses d'ajustement des individus, il ne concerne que les réactions aux variations de l'environnement perçues comme menaçantes. De plus, l'adaptation implique des

1. Selon la perspective phylogénétique, certains comportements contribuant à la survie d'un organisme face à divers dangers sont appris par l'individu, puis acquis par l'espèce. Les individus seraient mus par des besoins fondamentaux (*drive*) qui sous-tendraient l'activation de divers systèmes neurophysiologiques et comportementaux leur permettant de fuir ou d'attaquer.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

réactions d'ajustement stéréotypées et automatiques, alors que le coping comprend des réponses cognitives et comportementales conscientes, changeantes, spécifiques et parfois nouvelles pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée aujourd'hui à celle d'adaptation, trop normative et finaliste.

5.2 L'approche transactionnelle du stress et du coping

L'approche transactionnelle du coping se distingue des modèles précédents relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation. Selon elle, *il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter*. L'efficacité d'une stratégie dépend aussi des critères considérés (équilibre émotionnel, bien-être, qualité de vie, santé physique…), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre les états émotionnels négatifs tout en nuisant à sa santé (alcoolisme, tabagisme…).

5.2.1 Définition

Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Selon cette définition, le coping est un processus spécifique et constamment changeant, et non une disposition, caractéristique générale et stable. La théorie transactionnelle situe le coping au cœur de son modèle, où il est considéré comme un processus transactionnel entre individu et environnement, changeant sans cesse selon les moments, d'où une importante variabilité intra-individuelle. En revanche, le coping-trait appelé par certains auteurs « style de coping », est une tendance stable à adopter une certaine stratégie de coping face à différentes situations ; Lazarus et Folkman (1984) ne le situent pas parmi les variables transactionnelles du modèle mais l'assimilent à une variable dispositionnelle. Nous y reviendrons dans la suite de ce chapitre.

5.2.2 Un processus séquentiel

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

évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement. L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à la réévaluation de la situation et des ressources disponibles. La succession de séquences évaluatives (primaire et secondaire) ne se déroule pas forcément dans cet ordre et il peut y avoir des processus de réévaluation impliquant des boucles rétroactives.

5.3 Les stratégies de coping générales

Selon Lazarus et ses collègues (1978, 1984), le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de *modifier le problème* qui est à l'origine du stress, il peut permettre de *réguler les réponses cognitives et émotionnelles* associées à ce problème et donc de se modifier soi-même. Quelles que soient ses fonctions, le coping peut prendre des formes différentes : cognitions, émotions ou comportements. Une stratégie centrée sur le problème ne s'exprimera pas forcément par un comportement et une stratégie centrée sur l'émotion ne s'exprimera pas forcément par une émotion.

5.3.1 Le coping centré sur le problème

Cette stratégie vise à *réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face*. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations, etc. Le coping centré sur le problème comprend deux dimensions plus spécifiques, *la résolution du problème* (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et *l'affrontement de la situation* (efforts et actions directs pour modifier le problème). Certains auteurs le dénomment coping vigilant (Suls et Fletcher, 1985), d'autres l'appellent coping « actif « ou « direct ».

5.3.2 Le coping centré sur l'émotion

Il comprend les *diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation*. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comporte-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

mentale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie (voir encadré 6.1). On appelle *régulation émotionnelle* : les tentatives des individus pour réduire les émotions désagréables (Gross, 2007). Parfois, ces efforts pour restreindre ses émotions échouent et l'individu se centre alors sur le problème, notamment lorsque le fait de diminuer les exigences perçues de la situation est la seule solution pour diminuer les émotions négatives (Ochsner et Gross, 2004).

Lorsque la situation est incontrôlable (par exemple, une maladie grave), le coping centré sur l'émotion s'avère plus fonctionnel que le coping centré sur le problème (Stroebe, Schut, et Stroebe, 2005). Le coping centré sur l'émotion est souvent assimilé au coping évitant ; le coping évitant est à l'opposé du coping vigilant : il consiste à se distancier rapidement de la situation aversive en la fuyant, ce qui apporte un certain soulagement dans l'immédiat. Cette stratégie peut s'avérer efficace, mais seulement à court terme (Suls et Fletcher, 1985). De son côté, un coping centré sur le problème peut mener à un état d'hypervigilance, celui-ci pouvant s'avérer nocif lorsqu'il dure et que l'individu n'arrive pas à trouver de solution efficace malgré de multiples tentatives (Chabrol et Callahan, 2004).

Encadré 6.1

Quelques exemples de stratégies de coping centrées sur l'émotion (p. 35)

En regroupant les réponses de 100 adultes aux 67 items de la WCC, recueillies chaque mois pendant un an, Lazarus et Folkman (1984a) ont obtenu cinq petites dimensions se rattachant au coping centré sur l'émotion :

- la *minimisation de la menace*, avec prise de distance (j'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas si grave...) ;
- la *réévaluation positive* (je suis sorti(e) plus fort(e) de cette épreuve...) ;
- l'*auto-accusation* (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème...) ;
- l'*évitement-fuite* (j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant ; j'ai essayé de tout oublier...) ;
- la *recherche de soutien émotionnel* (j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un...).

Les individus capables de changer aisément de stratégies de coping face à une même situation font preuve de *flexibilité* (ou *souplesse*) dans l'adoption de ces stratégies. Généralement, ils font mieux face aux

situations stressantes que ceux faisant preuve d'une moindre flexibilité (Cheng, 2001). Un individu peut très bien n'utiliser ni coping centré sur le problème ni coping centré sur l'émotion dans le cas où l'évaluation secondaire (ressources individuelles et/ou sociales perçues) lui suffit pour s'ajuster à la situation (Holahan et Moos, 1991). Le fait de ne rien faire face à une situation stressante (coping passif) peut être lié à un état émotionnel négatif ainsi qu'à une attitude de déni (Chabrol et Callahan, 2004).

5.3.3 La recherche de soutien social

Outre le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion, qui sont les deux stratégies générales principales, la recherche de soutien social apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond aux *efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui* et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social. C'est bien en effet une stratégie présupposant l'activité du sujet et non une ressource simplement existante ou perçue. Cette stratégie correspond parfois à des tentatives pour obtenir des informations ou une aide matérielle pour régler une difficulté, dans ce cas elle peut être considérée comme un coping centré sur le problème. Si elle vise à obtenir une écoute ou une réassurance afin de réduire des émotions négatives, elle peut alors être assimilée à du coping centré sur l'émotion (Carver, Scheier, et Weinbtraub, 1989).

5.4 Les stratégies de coping spécifiques

Le choix d'une stratégie de coping est déterminé à la fois par certaines caractéristiques du sujet et par certains aspects de la situation stressante. Face à divers stresseurs médicaux (maladie, traitements, hospitalisation, intervention chirurgicale…), on retrouve, pratiquement inchangées, la *stratégie centrée sur le problème* (qui peut s'enrichir de recherche d'information, d'esprit combatif, d'observance…) et la *recherche de soutien social*. Quant au *coping centré sur l'émotion*, il se subdivise souvent, chez les personnes affrontant des stresseurs médicaux, en sous-dimensions plus spécifiques :

- l'*impuissance-désespoir* (détresse, perte de contrôle, dramatisation, pessimisme…) ;
- l'*auto-accusation* (attribution causale interne, sentiment de responsabilité, culpabilité, attitude « héroïque »…) ;

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

- l'*évitement émotionnel* (répression ou suppression des émotions, dénégation, pensée magique, irréalisme…) ;
- l'*expression des émotions* (crises de larmes, états anxieux, accès de colère…) ;
- l'*évitement comportemental et cognitif* (distraction, désengagement, relaxation…) ;
- l'*hostilité* (colère, agressivité, irritabilité, auto-agressivité…).

Certains auteurs ont recherché les styles d'ajustement adoptés face à certaines maladies ou symptômes (cancers, infection par le VIH, pathologies cardio-vasculaires, diabètes, arthrite, douleur…). On trouvera de nombreux exemples de ces stratégies dans Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001). Les travaux de Watson et de ses collègues (Watson, Clark, et Carey, 1988) ont permis de mieux connaître les stratégies spécifiques élaborées par les patients cancéreux : *esprit combatif* (proche du coping centré sur le problème), *impuissance-désespoir*, *préoccupations anxieuses* et *fatalisme-résignation* (ces trois dernières étant des sous-dimensions du coping centré sur l'émotion). Ces auteurs ont construit un questionnaire spécifiquement destiné aux patients atteints de cancers, la MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*), dont il existe une version abrégée, la Mini-MAC (M. Watson *et al.*, 1994).

5.5 Les déterminants du coping

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

5.5.1 Les déterminants dispositionnels du coping

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

des situations aversives de la vie (Costa *et al.*, 1996 ; Lu, 1996 ; Schwartz *et al.* 1999)[1]. Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent un individu, mais la façon doit celui-ci les perçoit et les interprète, qui dépend de certaines caractéristiques cognitives et conatives propres à chaque personne, ainsi que de son histoire (Cohen *et al.*, 1983).

5.5.2 Les déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation, il y a les croyances de l'individu (sur lui-même, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes…) et ses motivations générales (valeurs, buts, intérêts…). Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs actions (internalité) plutôt que par des causes externes, comme autrui, la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates ; elles vont élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème (Gale, Vedhara, Searle, Kemple, et Campbell, 2008). Enfin, l'estime de soi favoriserait le recours à des stratégies de coping actives (Juth, Smyth, et Santuzzi, 2008). Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise…).

5.5.3 Les déterminants conatifs de l'évaluation et du coping

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping surtout centrées sur l'émotion (Van Heck, 1997). *A contrario*, la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (*agreablessness*), le fait d'être consciencieux (*conscienciousness*) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. C'est

1. Cette approche considère le coping comme un processus adaptatif qui peut être induit par une grande variété de situations et qui est relativement *cohérent* chez un individu donné. Cette hypothèse a suscité des recherches concernant la généralité et la stabilité des stratégies de coping (cohérence inter et intra-individuelle, recherche de « styles « de coping trans-situationnels). Lazarus (1993) reconnaît qu'il peut exister au-delà d'un coping-état (spécifique, momentané, essentiellement déterminé par la situation), un coping-trait (général, stable, essentiellement déterminé par les caractéristiques de l'individu).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

aussi le cas de l'endurance (hardiness), trait décrit par Kobasa *et al.* (1982).

L'association entre personnalité et coping est très marquée (Costa *et al.*, 1996, p. 51). Ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques individuelles stables (dispositions) plutôt que par les caractéristiques fluctuantes des situations. Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une certaine *stabilité temporelle* d'une situation à l'autre (Mc Crae, 1992 ; Vollrath *et al.*, 1995).

5.5.4 Les déterminants situationnels du coping

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques, réelles et perçues, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresseur, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping sont-elles déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Comme nous le disions plus haut, face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), par exemple, l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème.

5.5.5 Les déterminants transactionnels du coping

Comme nous l'avons vu plus haut, les différents processus d'évaluation agissent en interaction (un fort contrôle perçu réduit le stress perçu, un important soutien social perçu peut augmenter le contrôle perçu…), ce qui détermine le choix de certaines stratégies de coping. Si, une situation est perçue comme stressante et incontrôlable, par exemple, c'est un coping centré sur l'émotion qui a la plus forte probabilité d'être utilisé.

Ainsi des facteurs personnels, environnementaux et transactionnels influencent l'évaluation primaire et secondaire ainsi que l'élaboration des stratégies de coping. On voit clairement sur la figure 6.1 (voir *supra*, p. 435) les diverses séquences selon lesquelles divers processus aboutissent et succèdent au coping, se déroulant généralement

de gauche à droite : *antécédents* environnementaux et personnels, *évaluations primaire et secondaire*, *stratégies de coping* puis *issues* de ces stratégies, ainsi que les effets directs, indirects et les effets d'interaction entre les différentes variables. En fonction des effets du coping, plus ou moins fonctionnels, il pourra y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations.

5.6 L'évaluation du coping général : quelques instruments

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

5.6.1 La CISS de Endler et Parker (1990)

Le CISS (*Coping Inventory For Stressful Situations*) de Endler et Parker (1990) est actuellement l'une des échelles de coping les plus satisfaisantes. L'objectif de départ des auteurs était d'évaluer le coping centré sur l'émotion et le coping centré sur le problème. Un premier inventaire de soixante-dix items fut administré à cinq cent cinquante-neuf étudiants en 1988, avec des consignes « trait » (fréquence relative de chaque réponse de coping). L'analyse factorielle des réponses (hommes et femmes séparés et ensemble) aboutit à trois dimensions : *coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion* et *évitement*. Cette structure fut retrouvée sur de nouveaux groupes et quarante-huit items furent finalement sélectionnés (seize par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets et il a des qualités psychométriques très satisfaisantes.

Cependant, l'*évitement*, concept qui a une longue histoire, n'est pas retrouvé comme dimension indépendante du coping dans tous les travaux. Pour beaucoup d'auteurs, ce n'est qu'une facette du coping émotionnel. L'évitement chez Endler et Parker comprend la distraction et la diversion sociale. C'est un évitement « cognitif » qui a peu à voir avec ce que d'autres auteurs appellent évitement qui a des contenus plutôt émotionnels (répression des affects, attitudes défensives, dis-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

torsion de la réalité)[1]. En outre, la CISS évalue des *styles de coping* et non le coping comme *processus transactionnel*. Les auteurs ont développé cependant une version orientée vers les situations et évaluant les aspects processuels du coping (Endler *et al.*, 1994). Il existe une validation française de la CISS (Rolland, 1998), dont quelques items sont présentés dans le tableau 6.5.

Tableau 6.5 – *Quelques items du CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) de Endler* et al. *(1994) (adaptation et validation françaises de Rolland, 1998, p. 39)*

Coping orienté vers la tâche
1. Mieux organiser le temps dont je dispose.
6. Faire ce que je pense être le mieux.
10. Définir, dégager des priorités.
24. M'efforcer d'analyser la situation.
41. Prendre le contrôle de la situation.

Coping orienté vers l'émotion
7. Me tracasser à propos de mes problèmes.
16. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.
22. Me reprocher de ne pas savoir que faire.
28. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé.
38. Me mettre en colère.

Coping orienté vers l'évitement
2. Repenser à des bons moments que j'ai connus.
11. Essayer de dormir.
18. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.
29. Rendre visite à un(e) ami(e).
44. M'éloigner, esquiver la situation.

5.6.2 La WCC-R de Vitaliano *et al.* (1985)

Lazarus et ses collègues ont développé la WCC (*Ways of Coping Checklist*) dans les années 1970, en continuité avec leur théorie transactionnelle du stress selon laquelle le coping a deux fonctions : résoudre les problèmes et réguler les émotions. Les sujets doivent répondre en se référant à une situation stressante à spécifier. Le sujet doit évoquer un événement précis qui a eu lieu le mois précédent et dire quelles stratégies il a utilisées à ce moment-là. La WCC-R (telle que révisée par Vitaliano *et al.*, 1985)

1. Pour une clarification de la notion d'évitement, on consultera Krohne (1996).

qui présente de meilleures qualités psychométriques que la WCC a été adaptée et validée en français (Cousson-Gélie *et al.*, 1996). Trois facteurs très clairs ont été retrouvés : *coping centré sur le problème* (efforts, plans d'action, se battre…), *coping centré sur l'émotion* (évitement, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation…) et *recherche de soutien social* (soutien informatif, matériel, émotionnel…). On trouvera la version française de l'échelle finale en vingt-sept items au tableau 6.6.

Tableau 6.6 – *La version française de la WCC-R à 27 items (d'après Cousson* et al.*, 1996, p. 40)*

Coping centré sur le problème
– Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.
– J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.
– Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.
– Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.
– J'ai pris les choses une par une.
– J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.
– Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.
– J'ai changé positivement.
– J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir.
– J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.

Coping centré sur l'émotion
– Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.
– Je me suis culpabilisé(e).
– J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.
– J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.
– J'ai espéré qu'un miracle se produirait.
– Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).
– J'ai essayé de tout oublier.
– J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.
– J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.

Recherche de soutien social
– J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.
– J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au niveau du problème.
– J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.
– J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.
– J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé.
– J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.
– J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions (item à cotation inversée).
– J'ai essayé de ne pas m'isoler.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

À chaque item, on répond sur des échelles de Likert en quatre degrés (de 1 : non à 4 : oui). Puis on calcule le score total par sous-échelle de coping. Ci-dessous figurent les normes françaises :

	Coping problème		Coping émotion		Recherche soutien	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type
Hommes (N = 221)	28,04	5,71	20,22	5,49	25,5	5,04
Femmes (N = 247)	27,79	6,78	21,70	5,60	20,2	4,76

5.6.3 Le Brief-COPE de Carver (1997)

C'est une échelle de coping général très populaire elle aussi, issue du COPE de Carver, Scheier et Weintraub (1989). Ces auteurs ont construit un outil à partir de petites facettes du coping issues de la littérature et l'ont soumis à neuf cent soixante-dix-huit étudiants avec la consigne : « Que faites-vous lorsque vous êtes très stressé ? » La version finale en quarante-deux items du COPE comprend treize échelles (de quatre items chacune)[1]. Les cinq premières stratégies définiraient un facteur plus général de coping centré sur le problème et les cinq suivantes un facteur de coping centré sur l'émotion. Il existe, pour le COPE, comme pour le CISS, une version situationnelle (consignes « trait ») et une version dispositionnelle (consignes « état »).

Carver (1997) a développé le Brief COPE, version abrégée comprenant quatorze dimensions (avec deux items pour chacune) : coping actif, planification, recherche de soutien social instrumental, recherche de soutien social émotionnel, expression des sentiments, désengagement comportemental, distraction, blâme, réinterprétation positive, humour, acceptation, déni, religion, utilisation de substances. Muller et Spitz (2003) ont réalisé l'adaptation et la validation françaises de cet outil (voir tableau 6.7).

1. Ces treize stratégies sont : coping « actif », planification, suppression des activités concurrentes, s'imposer des contraintes, recherche de soutien instrumental, recherche de soutien émotionnel, réinterprétation positive, acceptation, coping religieux, expression des émotions, évitement comportemental et évitement cognitif.

Tableau 6.7 – *Brief Cope de Carver, Scheier et Weintraub (1989)*
Adaptation et validation française de Muller et Spitz (2003)

Consigne : Maintenant, nous allons vous demander de penser à la situation que vous venez juste de décrire et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation. Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place :
– pas du tout ;
– un petit peu ;
– beaucoup ;
– tout à fait.

1. Je me suis tourné vers le travail ou 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).
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.
25. Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient.
26. J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait.
27. J'ai prié ou médité.
28. Je me suis amusé de la situation.

L'échelle a été validée auprès de 934 étudiants français (41 % d'hommes et 59 % de femmes) d'âge moyen 19,7 (ET = 2,5). Le Brief-COPE est présenté ici dans une forme situationnelle mais existe également dans une forme dispositionnelle (les items restent les mêmes, seuls la consigne et le temps de conjugaison des items changent).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞

Il existe quatre choix de réponses (les scores varient de 1 à 4).

Voici les 14 échelles du Brief-COPE :
– Coping actif : items 2 et 20
– Planification : items 13 et 24
– Soutien instrumental : items 10 et 19
– Soutien émotionnel : items 5 et 14
– Expression des sentiments : items 9 et 18
– Réinterprétation positive : items 11 et 26
– Acceptation : items 8 et 23
– Déni : items 3 et 21
– Blâme : items 12 et 25
– Humour : items 16 et 28
– Religion : items 7 et 27
– Distraction : items 1 et 17
– Utilisation de substances : items 4 et 22
– Désengagement comportemental : items 6 et 15

5.6.4 Autres échelles générales de coping

Il existe beaucoup d'autres outils du même type. Certains explorent le *style attentionnel* plutôt que le coping. C'est le cas de la MBSS (*Miller Behavioral Style Scale*) de Miller (1987), qui distingue l'attitude *vigilante* (*monitoring*) et *évitante* (*blunting*) et du MCI (*Mainz Coping Inventory*) de Krohne (1993) qui permet de savoir si un sujet est vigilant ou évitant face à diverses situations menaçantes (menaces physiques et sociales). Ces instruments explorent les styles attentionnels que l'on utilise dans des situations anxiogènes.

Certaines échelles de coping ont été construites pour explorer les réponses élaborées face aux événements de vie. C'est le cas de l'échelle de coping de Billings et Moos (1981), probablement la plus ancienne de celles qui s'inspirent de la théorie transactionnelle. Les répondants (194 pères et mères de famille) devaient évoquer un événement de vie stressant et, pour chacune des 19 réponses de coping proposées, indiquer s'ils les avaient utilisées. Après diverses analyses et révisions, une version à 28 items fut élaborée par ces auteurs. Elle mesure trois facteurs : *évaluation, coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion*. Cet outil s'avéra d'une structure factorielle instable, mais il eut le mérite de stimuler les recherches consacrées au coping à un moment où aucune autre échelle n'était disponible.

On peut encore citer le LSI (*Life Situations Inventory*) de Feifel et Strack (1989), qui proposent cinq situations stressantes (choisies dans cinq domaines différents) à évaluer chacune à l'aide de vingt-huit items. Il

mesure trois dimensions : la *résolution de problème*, l'*évitement* et la *résignation*. Cet outil a une consigne originale : au lieu de proposer des scénarios standardisés, un peu artificiels pour un individu donné, il invite chaque répondant à évoquer les situations qui l'ont affecté. Quant au MDC (*Measure of Daily Coping*) de Stone et Neale (1984), c'est un instrument d'évaluation des tracas quotidiens, surtout utilisé dans les recherches longitudinales. Bien qu'il soit tout à fait adapté aux problèmes de la vie de tous les jours, cet outil a été critiqué pour ses faibles qualités psychométriques.

5.7 Quelques échelles de coping spécifiques

5.7.1 Coping et maladie

L'échelle CHIP (*Coping with Health Problems and Injuries Scale*) de Endler et Summerfeldt (1998) est destinée à des sujets souffrant d'une pathologie somatique. Le CHIP avait été construit, au départ, pour des patients cancéreux, puis révisé pour convenir à des groupes de patients très différents. Cet outil comprend trente-deux items et permet d'évaluer quatre dimensions : coping palliatif, coping instrumental, distraction et coping émotionnel :

- ➔ le *coping palliatif* correspond aux tentatives du patient pour atténuer les aspects désagréables de son état (se ménager, dormir, se reposer…). Il rappelle le « comportement de maladie » (Mechanic, 1962) et s'est avéré associé au coping évitant de la CISS dans une étude menée auprès de 292 adultes canadiens (Endler et Summerfeldt, 1998) ;
- ➔ le *coping instrumental* est un coping actif qui consiste à chercher de l'information et un avis médical. Il s'est avéré corrélé avec le coping centré sur le problème de la CISS dans la même étude ;
- ➔ la *distraction* désigne les tentatives du patient pour penser à des choses plus agréables et rechercher la compagnie d'autrui. Ce facteur est fortement lié à l'évitement de la CISS ;
- ➔ le *coping émotionnel* implique une focalisation sur les affects associés à l'état de santé (colère, frustration, inquiétude…). Il s'est avéré fortement lié au coping centré sur l'émotion de la CISS.

Les sujets malades utilisent par ordre de fréquence décroissante le coping palliatif, émotionnel, instrumental et la distraction (Endler et Summerfeldt, 1998). Malgré leur dénomination, les quatre stratégies du

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

CHIP sont très proches de celles du coping général (ce qu'indiquent les corrélations rapportées ci-dessus). Il est étonnant de ne pas trouver dans le CHIP l'*impuissance-désespoir*, pourtant fréquente chez les sujets atteints de maladies chroniques sévères. Ce questionnaire est de plus en plus utilisé vu l'intérêt croissant pour les stratégies de coping des patients. En France, le CHIP a été traduit par Constant (2004) puis validé par Montel et Bungener (2010) avec des patients atteints de maladies neurologiques : les 36 items se regroupent en six facteurs dont les quatre déjà décrits (palliatif, instrumental, distraction, émotionnel) plus la recherche de bien-être et autoconservation et l'évitement, (voir tableau 6.8).

Tableau 6.8 – *Le CHIP* (Coping With Health Injuries and Problems Scale) *de Endler* et al. *(1998)*
Adaptation et validation française de Montel et Bungener (2010, p. 43) sur un groupe de 307 patients français atteints de maladies neurologiques (24 items, 6 facteurs)

Régulation émotionnelle
4. Je me demande « pourquoi moi ? ».
8. Je me sens irrité(e), en colère.
12. Je me sens frustré(e).
16. Je pense aux choses que je ne suis plus capable de faire.
24. Je souhaite que la maladie ne soit jamais apparue.
28. Je pense que je suis vulnérable.
32. Je suis inquiet(e) au sujet de ma santé.

Recherche de bien-être/autoconservation
19. Je suis les conseils que l'on me donne.
22. Je m'aménage un environnement calme.
23. Je suis les conseils de mon médecin.
27. Je prends mes médicaments au moment voulu.
30. Je m'installe confortablement.

Stratégies actives de distraction
5. Je cherche la compagnie des autres.
17. Je fais des projets d'avenir.
25. J'invite des gens.

Recherche d'information
3. Je cherche des informations à propos de ma maladie.
15. Je cherche à savoir davantage de choses sur la maladie.
31. Je me renseigne au sujet de mon traitement.

Coping palliatif
2. Je reste au lit.
6. Je me repose quand je suis fatigué(e).
10. Je me plonge dans le sommeil.

Stratégies cognitives d'évitement
9. Je rêve tout éveillé(e) à des choses agréables.
11. Je pense que ça va s'améliorer.
20. J'imagine que je suis en bonne santé.

5.7.2 Le CSQ de Rosentiel et Keefe (1983)

Keefe, Salley et Lefebvre (1992) ont montré que les questionnaires généraux de coping étaient peu adaptés à la description des tentatives d'ajustement à la douleur qui nécessitent des items plus spécifiques. L'échelle la plus utilisée pour évaluer le coping élaboré face à la douleur (lombalgie, ostéoporose, fibromyalgie, céphalées…) semble être le CSQ (*Coping Strategies Questionnaire*) de Rosentiel et Keefe (1983). Ce questionnaire a donné lieu depuis 1983 à des validations et versions successives qui n'ont pas abouti à la même structure factorielle (de deux à huit facteurs). On trouvera une synthèse de ces résultats dans Koleck (2001). Le CSQ a été adapté et validé en français (Irachabal, Koleck, Rascle, et Bruchon-Schweitzer, 2008) auprès de patients douloureux chroniques. Six facteurs ont été retrouvés dans le CSQ-F : distraction, dramatisation, ignorance des sensations douloureuses, réinterprétation, auto-encouragements et prière[1] (voir tableau 6.9).

Tableau 6.9 – *Adaptation française du CSQ (Coping Strategies Questionnaire) de Rosentiel et Keefe (1983) : le CSQ-F de Irachabal* et al. *(2008) à 21 items et 5 facteurs*

Pour chaque item, les sujets ont invités à indiquer s'ils ont recours à la stratégie décrite pour faire face à leur douleur selon une échelle de type Likert en quatre points (1 : jamais, 2 : parfois, 3 : souvent et 4 : très souvent).

Facteur 1 : Distraction
3. J'essaie de penser à quelque chose d'agréable.
30. Je repense à des moments agréables du passé.
31. Je pense à des personnes avec lesquelles j'aime être.
43. Je pense aux choses que j'aime faire.
45. Je fais quelque chose qui me plait comme regarder la télévision ou…

Facteur 2 : Dramatisation
5. C'est terrible et j'ai l'impression que jamais ça n'ira mieux.
12. C'est affreux et j'ai l'impression que cela me submerge.
14. J'ai l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
28. Je m'inquiète tout le temps de savoir si ça va finir.
38. J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.
42. J'ai l'impression de ne plus pouvoir continuer.

Facteur 3 : Ignorance des sensations douloureuses
20. Je ne pense pas à la douleur.
24. Je ne porte aucune attention à la douleur.
27. Je fais comme si elle n'était pas là.

☞

1. Le coping « religieux » est une modalité particulière de régulation des émotions qui apparaît parfois chez les patients atteints de maladies sévères (Thuné-Boyle, 2006 ; Visser, 2010).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

☞

35. Je continue comme si de rien n'était.
40. Je l'ignore

Facteur 4 : Réinterprétation

1. J'essaie de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si…
18. J'essaie de ne pas y penser comme si c'était mon corps, mais plutôt…
34. J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps.
46. Je fais comme si ça ne faisait pas partie de moi.

Facteur 5 : Auto-encouragements

6. Je me dis d'être courageux et de continuer malgré la douleur.
8. Je me dis que je peux dominer ma douleur.
23. Je me dis que je ne peux pas laisser la douleur gêner ce que j'ai à faire.
37. Même si j'ai mal, je continue à faire ce que j'ai à faire.

5.7.3 Le coping élaboré face à des stresseurs professionnels

C'est l'échelle de coping de Latack (1986) qui reste sans doute encore la plus utilisée. Elle comprend vingt-huit items et permet d'évaluer deux dimensions du coping : l'*approche* et *l'évitement*. Le sujet doit indiquer, pour chacune des situations proposées, s'il a utilisé chacune des réponses de coping proposées (de 1, jamais, à 5, presque toujours). On calcule un score d'approche et un score d'évitement. Cette échelle a une bonne homogénéité et sa validité de construit est satisfaisante.

Dans le domaine du coping professionnel, on peut aussi signaler l'échelle de Parkes (1984) qui comprend quarante-quatre items, adaptés à des situations de travail aversives et qui mesure deux facteurs : la *suppression* (proche de l'évitement de Latack) et le *coping direct* (proche de l'approche du même auteur), ainsi qu'un facteur général de coping. L'intérêt de cette échelle est de fournir non seulement des scores sur les dimensions du coping explorées, mais une indication du nombre et donc de la variété.

Quant à l'échelle de coping de Long (1990), elle comprend quarante-deux items et a été validée sur une population de cent trente-deux cadres canadiens. Elle permet d'évaluer trois dimensions : stratégie *évitante*, stratégie *active de résolution de problème*, stratégie de *réévaluation du problème*. Rascle (2000), analysant les réponses à cette échelle de cent quarante-cinq employés français ayant subi une mutation, obtient deux dimensions : un *coping vigilant* et un *coping évitant,* ce qui est en accord avec les résultats de Latack (1986) et de Parkes (1984).

Nous avons vu plus haut que les professions relationnelles sont particulièrement vulnérables au stress professionnel et au *burnout*, c'est le cas

des enseignants notamment[1]. Nous avons essayé de comprendre quelles stratégies ils élaborent pour y faire face. L'échelle de Dewe (1985), constituée d'items issus d'entretiens avec des instituteurs avait été administrée à un échantillon de huit cents enseignants néo-zélandais. Une ACP de leurs réponses (suivie de rotations varimax) avait permis d'identifier six facteurs de coping et de sélectionner quarante-six items. Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005) ont réalisé l'adaptation française de cette échelle qu'ils ont soumise à quatre cent dix enseignants du premier degré. Une ACP de leurs réponses a abouti à quatre facteurs, l'échelle finale comprenant vingt-quatre items : besoin de communiquer, coping centré sur le problème, style d'enseignement traditionnel et coping évitant (désengagement) ; les deux premières dimensions sont classiques, les deux suivantes ayant sans doute une fonction défensive (régulation des affects négatifs).

5.7.4 Autres échelles spécifiques de coping

Il existe un grand nombre d'échelles de coping spécifiques (adaptées à des situations ou à des groupes de sujets particuliers). Nous n'en donnerons que quelques exemples.

↘ *Le coping élaboré face à une hospitalisation*

Le MCMQ (*Medical Coping Modes Questionnaire*) de Feifel *et al.* (1987) a été spécialement construit pour évaluer les tentatives des patients pour s'ajuster aux stresseurs hospitaliers. Il comprend dix-neuf items et permet d'évaluer trois dimensions : la *confrontation*, l'*évitement* et la *résignation*. Il présente de bonnes qualités psychométriques.

↘ *Le coping chez les enfants et adolescents.*

Il existe de nombreuses études consacrées aux stratégies d'ajustement chez des jeunes devant affronter des stresseurs médicaux, scolaires, sociaux ou quotidiens. Pour une revue des concepts et outils relatifs à ce domaine, on consultera Boekaerts (1996) et Fields et Prinz (1997). Parmi les outils existants, on peut citer le LECI (*Life Events and Coping Inventory*) de Dise-Lewis (1988), bien adapté aux préadolescents car fondé sur un échantillon représentatif des situations aversives affrontées à cet âge. Il comprend quarante-deux items se regroupant en cinq

1. Laugaa *et al.* (2008) ont élaboré à partir d'items issus de l'analyse de contenu d'entretiens avec des instituteurs une échelle de stress spécifique, administrée à 410 d'entre eux. L'analyse factorielle des réponses a abouti à quatre facteurs : charge de travail, inéquité perçue, climat conlictuel, dysfonctionnements de l'institution.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

facteurs : agressivité, distraction, auto-destruction, endurance et expression des émotions (il existe aussi des échelles de coping pour les adolescents, comme le A-COPE de Mc Cubbin et Thompson (1987) ou le CASQ de Seiffge-Krenke (1995)).

Pour évaluer les stratégies de coping des enfants il existe le CCSC-v2 (*Children's Coping Strategies Checklist*, version 2), dont la version canadienne-française a été validée sur une population d'enfants québécois (Lasry, Audet-Lapointe, Gauthier, et Ayers, 2003). Il comprend soixante-sept items et mesure quatre stratégies de coping : coping actif, distraction, évitement et recherche de soutien.

Pour les jeunes adultes on peut citer le SCS (*Student's Coping Scale*) de Boujut, Bruchon-Schweitzer et Dombrowski (2012) qui a été validé dans une population de mille cents étudiants. Il est constitué de seize items se regroupant en trois facteurs : coping émotionnel/évitant (par exemple : « je mange des choses qui me font vraiment plaisir »), recherche de soutien social (par exemple : « je parle de mes soucis à des proches ») et coping festif/addictif (par exemple : « je bois avec des amis »).

↘ *Le coping chez les parents d'enfants malades*

Le fait de soigner une personne malade ou handicapée à domicile est souvent à l'origine d'un stress chronique pouvant mener à l'épuisement. Mc Cubbin *et al.* (1983) ont élaboré une échelle destinée aux parents d'enfants malades, le *Coping Health Inventory for Parents*, comprenant quatre-vingts items issus d'études antérieures du stress familial associé à la maladie de l'un de ses membres, ainsi que de modèles théoriques concernant le fonctionnement de la famille. L'analyse factorielle des données collectées sur divers échantillons de parents d'enfants malades leur a permis d'identifier trois facteurs : maintien de la cohésion familiale, coopération et optimisme ; renforcement de l'estime de soi, du soutien social et réduction de la tension ; compréhension des informations médicales, communication avec les soignants et avec d'autres parents.

5.7.5 Discussion

Nous avons cité quelques échelles de coping sans prétendre à l'exhaustivité. Les échelles existantes sont assez disparates : les items sont issus tantôt d'une démarche inductive, tantôt d'une démarche déductive ; les consignes se réfèrent soit à un coping-trait, soit à un coping-état ; les stresseurs évoqués sont plus souvent artificiels que réels ; les dimensions sont tantôt des facettes spécifiques, tantôt des facteurs très géné-

raux. On comprend donc pourquoi les diverses études consacrées aux dimensions du coping ont abouti à des solutions factorielles instables. Malgré tout, une certaine cohérence d'ensemble apparaît au niveau des stratégies générales, comprenant le plus souvent un *coping centré sur le problème* et un *coping centré sur l'émotion* (sous divers labels)[1]. Il est urgent d'appliquer à ces données des analyses confirmatoires ; elles permettront d'établir la structure hiérarchique des stratégies de coping et de mettre à l'épreuve des hypothèses relatives à leur caractère séquentiel.

5.8 L'efficacité des stratégies de coping

5.8.1 L'efficacité des stratégies de coping dans des contextes professionnels stressants

Plusieurs études prospectives ont été réalisées dans diverses organisations pour étudier les stratégies de coping élaborées face à des situations professionnelles stressantes. Elles confirment la nocivité du coping centré sur l'émotion et du coping évitant. Ceux-ci induisent l'insatisfaction professionnelle et des états dépressifs. Un coping centré sur le problème et un coping vigilant se sont avérés fonctionnels : ils protègent les enseignants et le personnel soignant, par exemple, des effets dysfonctionnels d'un contexte professionnel stressant sur la santé physique et émotionnelle (Rascle, 2001).

Rascle (2000) a montré sur un échantillon de cent quarante-cinq employés ayant subi une mutation qu'un coping évitant induit l'anxiété et l'insatisfaction professionnelle, alors qu'un coping vigilant a des effets favorables sur la performance et sur la satisfaction. Koleck *et al.* (2000) avait étudié un échantillon de 200 médecins généralistes. Ceux qui avaient utilisé un coping centré sur le problème et la recherche de soutien social avaient des scores plus élevés de satisfaction professionnelle.

5.8.2 L'efficacité des stratégies de coping utilisées face à la maladie

De nombreuses études ont été réalisées sur des sujets malades, afin d'évaluer l'efficacité relative des diverses stratégies d'ajustement qu'ils

1. Quant à l'évitement, la recherche de soutien social et la stratégie d'évaluation qui apparaissent dans plusieurs études, leur statut reste encore à préciser (facteurs de premier ou de second ordre ; phase d'évaluation ou phase de coping).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

élaborent face à diverses maladies (cancers, infection par le VIH, diabètes…) et face à la douleur sur leur bien-être émotionnel et leur état fonctionnel.

↘ *Coping et cancers*

On sait que des stratégies de coping spécifiques sont élaborées par les patients cancéreux : esprit combatif, impuissance-désespoir, fatalisme-résignation, auto-accusation, préoccupations anxieuses et répression des émotions. On dispose d'une quinzaine de recherches ayant exploré l'impact relatif de ces stratégies sur l'évolution de cette maladie. Si l'impuissance-désespoir et la répression des émotions sont associées à une issue péjorative, la combativité n'a pas d'effet fonctionnel sur la survie, sauf dans des études de très longue durée, impliquant un suivi de plus de dix ans (pour une synthèse, on consultera Cousson-Gélie, 2001, p. 63-66).

En ce qui concerne les issues émotionnelles, c'est la combativité qui apparaît comme la stratégie la plus fonctionnelle : elle prédit une meilleure qualité de vie ultérieure (à long terme) chez ces patients. En revanche, l'impuissance-désespoir et les autres stratégies émotionnelles sont associées à une augmentation de la détresse des patients. Mais il faudrait se garder de conclure un peu trop hâtivement quant à l'efficacité des stratégies « actives » et à la nocivité des stratégies « passives » élaborées par les patients cancéreux.

Plusieurs recherches ont montré en effet que, chez des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique, certaines stratégies émotionnelles évitantes (utilisées juste après le diagnostic) jouent un rôle protecteur vis-à-vis du bien-être émotionnel et de la survie évalués cinq ans après (Greer *et al.*, 1979). Un coping centré sur le problème (ou combatif) n'a d'effets bénéfiques sur la survie des patients qu'à très long terme (Greer *et al.*, 1990), sans doute parce qu'il s'agit d'une maladie d'évolution lente où l'adhésion thérapeutique n'a pas d'effets tangibles à court ni à moyen terme. Il serait donc prématuré de conclure qu'un coping combatif aurait des effets toujours bénéfiques et qu'un coping évitant des effets toujours nocifs chez les patients atteints de cancers.

↘ *Coping et infection par le VIH*

D'après la synthèse de la littérature réalisée par Bidan-Fortier (2001b), les sujets séropositifs recourent à trois stratégies essentielles : coping centré sur le problème (combativité, adhésion thérapeutique, recherche d'informations, recherche de soutien), coping évitant (évitement

cognitif et émotionnel) et coping centré sur l'émotion (impuissance-désespoir, fatalisme, dramatisation, résignation). Les stratégies centrées sur le problème sont associées à une moindre détresse et à une meilleure qualité de vie. À l'inverse, la stratégie évitante et la stratégie émotionnelle induisent une aggravation des problèmes psychologiques chez ces patients.

Au début de l'épidémie de sida, on s'est aperçu que les « survivants à long terme » (plus de trois ans après le diagnostic de sida) avaient utilisé davantage un coping centré sur le problème et de recherche de soutien social que les sujets décédés de cette maladie. Si l'on survit à présent beaucoup plus longtemps à cette infection grâce à l'efficacité des multithérapies, des différences relatives à l'évolution de la maladie subsistent cependant entre les patients séropositifs. Ceux qui ont utilisé une stratégie émotionnelle (pessimiste-fataliste) survivent moins longtemps que les autres (Bidan-Fortier, 2001b). Une stratégie évitante semblerait ralentir la progression de l'infection. Elle jouerait un rôle intermédiaire : moins bénéfique que la stratégie combative (qui implique adhésion thérapeutique et adoption de comportements de protection), elle serait cependant plus efficace qu'une stratégie émotionnelle (où le patient est littéralement débordé par des cognitions et affects négatifs).

↘ *Coping et douleur*

Il a été observé, chez des patients atteints de PR (polyarthrite rhumatoïde) que les diverses facettes du coping émotionnel (auto-accusation, impuissance-désespoir, dramatisation, répression émotionnelle, passivité…) sont toutes dysfonctionnelles. La dramatisation, par exemple, induit une intensification de l'état dépressif et une augmentation de la douleur et du handicap fonctionnel. Un coping passif (resté couché, restreindre ses activités…) induit davantage de douleur et de détresse et des poussées inflammatoires plus fréquentes. En revanche la restructuration cognitive, modalité spécifique du coping centré sur le problème (attitude réaliste vis-à-vis de la maladie, minimisation de la menace et réévaluation positive de la situation), s'est avérée efficace vis-à-vis de l'ajustement fonctionnel et émotionnel de ces patients (Aguerre, 2001).

Les stratégies de coping élaborées par des patients lombalgiques sont sensiblement les mêmes : stratégies « passives » (évitement, distraction, prière…), restructuration cognitive (contrôle de la douleur, réévaluation positive, auto-encouragements…) et impuissance-désespoir (dramatisation, perte de contrôle…). C'est l'impuissance-désespoir (et notamment la dramatisation qu'elle implique) qui apparaît comme la

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

stratégie la plus nocive. Elle induit une réduction des activités et des états dépressifs (Koleck, 2001, p. 87-88). Lorsque la douleur est à la fois chronique et sévère, la stratégie la plus efficace est la restructuration cognitive (recherche d'informations, efforts pour contrôler la douleur, minimisation de la menace…). La stratégie passive-évitante, parfois utile à court terme et pour des douleurs passagères, peut à la longue augmenter le risque de chronicisation et d'invalidité.

↘ *Le coping face à diverses maladies*

Chez les sujets *diabétiques*, trois stratégies de coping principales ont été décrites : coping centré sur le problème, coping émotionnel-évitant, recherche de soutien social. La stratégie centrée sur le problème est associée à un bon contrôle métabolique ultérieur. Le fait que la stratégie émotionnelle-évitante soit associée à des issues somatiques dysfonctionnelles n'est pas toujours observé. Il est vrai que les divers auteurs ne définissent pas cette stratégie de la même façon (Chamberlain *et al.*, 2001). Les sujets atteints de *troubles fonctionnels digestifs* utilisant des stratégies émotionnelles (comme l'impuissance-désespoir) présentent davantage d'états anxio-dépressifs et une aggravation de leurs symptômes (Quintard, 2001).

Dans une synthèse consacrée aux stratégies de coping élaborées face à diverses maladies, Maes, Leventhal et De Ridder (1996) passent en revue les stratégies d'ajustement spécifiques élaborées par divers groupes de patients (cancéreux, asthmatiques, diabétiques, cardiopathes, arthritiques…). Les stratégies émotionnelles et les stratégies évitantes s'avèrent dysfonctionnelles chez les asthmatiques, alors que des stratégies centrées sur le problème (adhésion thérapeutique, faire des exercices, tenter de contrôler la maladie…) ont des effets bénéfiques chez les patients diabétiques.

D'après les mêmes auteurs, les études menées auprès de patients cardiopathes montrent que ce sont les stratégies centrées sur le problème (adhésion thérapeutique, esprit combatif, recherche d'informations) qui sont les plus fonctionnelles et les stratégies émotionnelles les plus dysfonctionnelles. Les stratégies évitantes ont des effets mitigés : elles ont un effet protecteur sur la qualité de vie émotionnelle mais seulement à court terme et elles ont des effets pathogènes sur la qualité de vie physique chez ces patients. Une stratégie évitante ou « répressive » peut s'avérer protectrice si l'on considère la qualité de vie émotionnelle de patients douloureux, mais dysfonctionnelle si l'on considère leur qualité de vie fonctionnelle (Aguerre, 1999 ; Schwerdtfeger Schmulke et Egloff, 2006).

Les auteurs évoquent à ce propos les deux types de prise en charge de ces patients : les prises en charge « éducatives », visent à renforcer le coping centré sur le problème (accroître l'observance des patients, leurs connaissances de la maladie, leurs tentatives de contrôle…) : elles réduisent leurs risques ultérieurs de morbidité et de mortalité ; les techniques de « gestion du stress » cherchent à réduire leurs stratégies émotionnelles (atténuer l'affectivité négative et la détresse) : elles ont un effet bénéfique sur leur qualité de vie ultérieure. De tels effets ont été observés grâce à une trentaine d'études menées sur les prises en charge de patients ayant subi un épisode cardiaque aigu.

5.8.3 Synthèse et discussion

Les études menées sur l'efficacité des stratégies de coping chez les patients peuvent donner des résultats variant selon les méthodes d'évaluations des stratégies de coping. Cependant, des tendances s'en dégagent : les stratégies de coping centrées sur le problème (ou combatives, ou « actives ») ont le plus souvent des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles et/ou évitantes ont généralement des effets dysfonctionnels. Pour autant, ces effets ne sont pas systématiques et les résultats peuvent différer selon les situations et groupes de patients étudiés. Il peut arriver qu'un coping centré sur le problème ait un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure (lorsqu'il s'avère inefficace). Quant au coping évitant, il peut s'avérer parfois protecteur, parfois dysfonctionnel, selon le type de situation affrontée et l'issue considérée.

On ne peut pas affirmer qu'une stratégie de coping soit fonctionnelle ou dysfonctionnelle, indépendamment des caractéristiques des individus (cognitives, conatives) et de celles des situations affrontées (gravité, durée, contrôlabilité). L'efficacité d'une stratégie de coping peut aussi varier selon le critère considéré. Un coping évitant peut être utile émotionnellement : à court terme, il permet un travail psychique qui consiste à évaluer la situation de façon plus réaliste et à mettre en place des stratégies d'affrontement. En revanche, il peut être nocif sur le plan fonctionnel (moindre adhésion thérapeutique, consommation de substances…). Selon Lazarus et Folkman (1984a), un coping centré sur le problème n'est vraiment efficace que si la situation est contrôlable. Si elle est incontrôlable, des efforts répétés de la part du sujet seront inutiles et épuisants ; une stratégie évitante pourra s'avérer plus adaptée (elle protégera l'estime de soi et permettra de ne pas être submergé par la détresse).

En outre, l'impact du coping sur l'ajustement à la maladie dépend du stade de la maladie. Pour s'ajuster à certaines maladies chroniques

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

à certains stades, un coping centré sur le problème peut s'avérer le plus utile (Hoyt et Stanton, 2012). La méta-analyse de Moskowitz, Hult, Bussolari *et al.* (2009) effectuée auprès de patients séropositifs révèle qu'un coping actif est fonctionnel, ceci surtout durant les premières étapes de la maladie.

Hoyt et Stanton (2012) notent également que l'effet protecteur du coping centré sur le problème sur l'ajustement à la maladie est moins marqué lorsque le critère d'ajustement pris en compte est une issue favorable (par exemple, la qualité de vie) que s'il s'agit d'une issue défavorable (par exemple, une dépression). La relation entre coping et issue est donc moins importante en valeur absolue dans le premier cas (où elle est positive) dans le second (où elle est négative). Or, dans le domaine des maladies chroniques, la plupart des études longitudinales utilisent des issues favorables d'ajustement à la maladie.

De plus, le soutien social perçu et le stress perçu modèrent les effets des stratégies de coping sur les issues. Le coping centré sur le problème est plus efficace lorsque la situation est perçue comme très stressante (Yang, Brothers, et Andersen, 2008). Le coping centré sur l'émotion (notamment l'expression émotionnelle) est plus efficace lorsque l'entourage du patient est « soutenant » (Stanton *et al.*, 2000).

Enfin, l'efficacité relative des stratégies de coping semble aussi varier en fonction du temps qui s'écoule après un événement stressant (un coping émotionnel ne semble protecteur que juste après cet événement, mais non à plus long terme). Dans l'ensemble, les recherches rapportées dans ce paragraphe consacré aux effets des stratégies de coping donnent des résultats compatibles avec le modèle transactionnel.

5.9 Les stratégies de coping : nouvelles perspectives

Outre l'approche strictement transactionnelle du coping, d'autres façons d'appréhender ce concept ont été élaborées ces dernières années. Au-delà du coping en tant que processus transactionnel, le coping a parfois été considéré non seulement comme une stratégie de faire face individuelle, mais aussi comme une stratégie « dyadique » ; au versant réactif a été ajouté le versant proactif du coping ; une modalité nouvelle de coping « positif », le « coping centré sur la signification », a été décrite ; enfin, la question de la flexibilité (ou souplesse) dans l'adoption des diverses stratégies de coping a été davantage développée. Nous verrons que ces notions ont donné lieu à des tentatives d'opérationnalisation et à des études menées pour évaluer les effets de ces nouveaux types de coping.

5.9.1 Le coping dyadique

La notion de coping dyadique a émergé dans les dix dernières années : elle consiste à prendre en compte l'interdépendance des stratégies de coping de deux individus face à un même événement stressant (Revenson, Kayser, et Bodenmann, 2005). Le coping dyadique est une notion plus large que celle de soutien social, qu'il inclut (Bodenmann, 2005). Il s'agit d'un processus transactionnel envisagé d'un point de vue systémique (Bodenmann, 2005). Afin d'évaluer le coping dyadique, le DCI (Dyadic Coping Inventory) a été construit et validé par Bodenmann (2008), puis adapté et validé en France par Ledermann et ses collaborateurs (2010). Si les stratégies de coping individuelles ne sont pas absentes de cette perspective, le coping dyadique est d'une nature différente dans la mesure où il concerne les deux partenaires. Le modèle de Bodenman a cherché à comprendre l'influence du stress sur le fonctionnement du couple, sur sa satisfaction vis-à-vis des relations conjugales et sur le risque de séparation (Untas, 2012). Le coping dyadique est associé à plus de satisfaction conjugale (Bodenmann et Shantinath, 2004).

Berg et Upchurch (2007) ont proposé un modèle de l'ajustement du couple face à la maladie s'inspirant du modèle transactionnel, impliquant pour chacun des deux partenaires une phase d'évaluation, une phase de coping et une phase d'ajustement. Ce modèle propose en plus des processus individuels, des processus communs : évaluation dyadique, coping dyadique et ajustement dyadique. Alors que chez Bodenman les partenaires s'engagent dans un coping dyadique lorsque les stratégies individuelles sont épuisées, un coping dyadique apparaît ici en première ligne (Untas, Koleck, Rascle, et Bruchon-Schweitzer, 2012). Ce modèle dyadique du coping s'inscrit aussi dans une perspective temporelle et développementale. Burg et Upchurch proposent des stratégies différant selon les étapes de l'ajustement dyadique à une maladie : coping anticipatoire, identification des premiers symptômes, faire face au traitement et gestion quotidienne.

De nombreuses recherches ayant trait à l'ajustement du couple à la maladie de l'un des partenaires se sont inspirées de ce modèle et ont adopté une méthode centrée sur l'étude des dyades, comme le modèle APIM (*Actor and Partner Interdependance Model*) de Kenny, Kashy et Cook (2006). En psycho-oncologie par exemple, il a été observé que le coping dyadique a un effet sur la qualité de vie et la détresse psychologique des couples dont l'un des membres est atteint d'un cancer (Badr, Acitelli, et Taylor, 2007). L'étude des dyades s'est surtout centrée sur le vécu du conjoint face à la maladie de son partenaire et sur ses répercussions, un

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

tel modèle pouvant tout à fait s'appliquer à d'autres types de dyades et de stresseurs (professionnel, scolaire, médical…). En ce qui concerne l'ajustement à la maladie, Untas (2012) suggère d'appliquer ce modèle aux proches et aux aidants (enfants, parents, amis) dans le cas où les patients n'ont pas de conjoint.

Inspirées du modèle transactionnel et du modèle systémique, les recherches menées sur le coping dyadique ont permis de mieux comprendre la façon dont il influence l'ajustement des couples à différentes situations aversives. Il paraît nécessaire à présent de développer des interventions qui s'inspirent des résultats qui en sont issus (Revenson et DeLongis, 2011). Les interventions cliniques centrées sur les couples pourront s'enrichir de tout ce qui a été observé et publié sur les prises en charge des patients atteints de maladie somatique et de leurs proches (Untas *et al.*, 2012).

5.9.2 Le coping orienté vers le futur

Dans l'approche transactionnelle initiale de Lazarus et Folkman (1984), le coping est un processus qui est élaboré face à des situations stressantes, dont les exigences sont perçues comme excédant les ressources des individus. C'est donc, traditionnellement, une stratégie « réactive ». Plus récemment, le coping a été conceptualisé selon une perspective proactive ou préventive, qui consiste à le situer avant même que l'épisode stressant ait lieu.

Aspinwall et Taylor (1997), se situant dans le cadre de théories visant à prédire des changements de comportements de santé, ont été parmi les premiers à parler de coping proactif. Le processus de *planification des comportements* était venu compléter le fossé entre intention et comportement (voir *supra*, chap. 4). Ces auteurs le nommaient action planifiée ou encore *coping planifié*. Ainsi, l'anticipation de l'action pouvait permettre aux individus de préparer en amont (donc de façon proactive) certaines stratégies de coping, prêtes à être utilisées au moment où l'action se produirait.

Les aspects temporels du coping ont été développés par Schwarzer et Taubert (2002) qui proposent une classification distinguant quatre types de coping en fonction du moment où ils interviennent (voir figure 6.4) :

- ➔ le coping *réactif* peut être défini comme un effort pour faire face à un événement stressant présent ou passé ;
- ➔ le coping *anticipatoire* peut être défini comme un effort pour faire face à un événement stressant imminent ou ayant des chances de se dérouler dans un futur proche ;

- ➔ le coping *préventif* peut être défini comme un effort pour se préparer à des événements stressants qui peuvent avoir lieu (ou pas) à long terme ;
- ➔ le coping *proactif* est considéré comme plus général : il peut être envisagé comme une tentative de l'individu pour construire des ressources qui favoriseront son développement personnel et l'aideront à faire face à des défis et à atteindre ses objectifs.

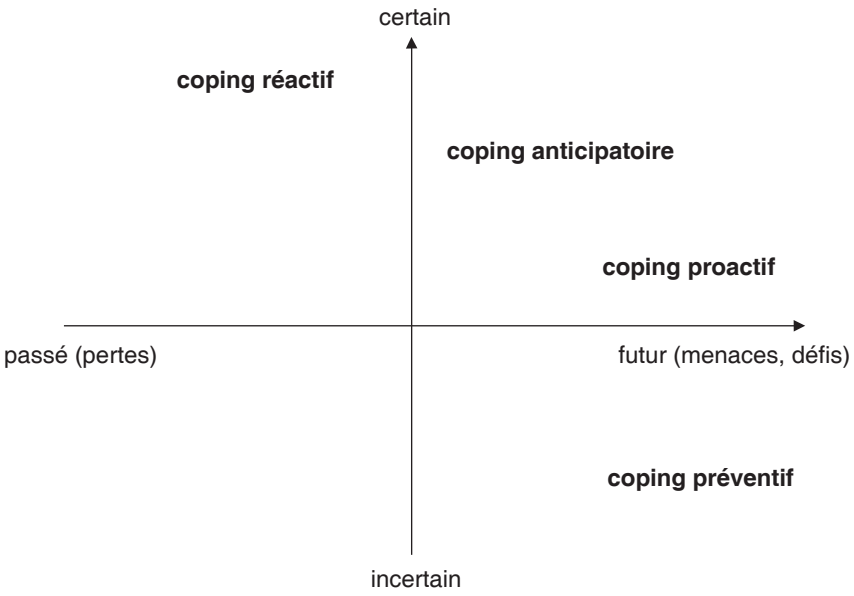


Figure 6.4 – *Les types de coping classés en fonction du moment où ils interviennent (Schwarzer et Taubert, 2002, p. 54)*

Si le coping proactif n'est pas forcément précédé d'évaluations négatives (perte, menace), l'individu qui l'utilise envisage toutefois les risques et les opportunités qui se présenteront dans le futur. Ainsi, les stratégies de coping anticipatoires, préventives et proactives sont élaborées non pour faire face à des situations stressantes présentes ou passées, mais à des situations imminentes ou futures. Elles peuvent engendrer des comportements comme la planification, l'accumulation de ressources ou les tentatives de développement personnel (Schwarzer et Taubert, 2002). Selon ces auteurs, elles sont précédées par certaines évaluations : c'est surtout le défi qui motive l'individu à recourir à un coping proactif, alors que ce sont la menace et la perte potentielles qui le poussent à utiliser un coping anticipatoire ou un coping préventif.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Ces auteurs rapprochent ces processus évaluatifs de l'évaluation primaire (en termes de perte, menace, défi) telle qu'elle est définie dans le modèle du stress-coping de Lazarus et Folkman (1984). De plus, Schwarzer et Taubert (2002) indiquent que le coping proactif peut être envisagé comme une recherche de ressources ou de conservation des ressources ; ceci a déjà été développé par Hobfoll (1989, 1998) notamment, avec la spirale du gain[1]. Ils rappellent également la similitude de la théorie du coping proactif avec le modèle « effort-récompense » de Siegrist (1996). Le coping proactif tel que décrit par Aspinwall et Taylor (1997) renvoie plutôt à ce que Schwarzer et Taubert (2002) appellent le coping préventif et le coping anticipatoire puisque ce sont deux types de coping assez comparables au coping planifié (voir *supra*, chap. 4). Plusieurs études ont mis en évidence les effets bénéfiques du coping proactif sur l'ajustement et sur les états dépressifs des étudiants (Gan, Hu, et Zhang, 2010 ; Greenglass et Fiksenbaum, 2009).

Le fait que le coping proactif soit une disposition ou une transaction ne fait pas l'unanimité (Gan *et al.*, 2010). Le coping proactif (ou préventif, ou anticipatoire) a été considéré comme une variable dispositionnelle par certains auteurs (Ouwehand, de Ridder, et Bensing, 2008) et comme variable transactionnelle par d'autres (Gan, Yang, Zhou, et Zhang, 2007). Schwarzer et Taubert (2002) parlent, à propos de ceux qui utilisent ce style de coping dans le domaine professionnel, de « personnalité proactive » et plus particulièrement de « leadership proactif ». Greenglass et Fiksenbaum (2009) décrivent l'individu proactif comme ayant un fort sentiment d'auto-efficacité généralisé.

Plusieurs outils sont issus de ces théories : le plus populaire est le PCI (*Proactive Coping Inventory*) de Greenglass, Schwarzer et Jakubiec (1999) qui est constitué de six sous-échelles évaluant divers aspects du coping proactif au sens large : coping proactif, coping préventif, coping réflexif, stratégie de planification, recherche de soutien social instrumental et recherche de soutien social émotionnel. Ces sous-échelles présentent de bonnes qualités psychométriques (Greenglass, 2002). Gan et ses collaborateurs (2007) se sont appuyés sur les travaux de Greenglass pour valider le FOCI (*Future-Oriented Coping Inventory*). Le FOCI inclut les sous-échelles de coping proactif et de coping anticipatoire, cha-

1. D'après la théorie d'Hobfoll, la structure en réseau des ressources est la conséquence du fait que, lorsque l'on possède des ressources on peut en obtenir d'autres et donc le risque de perte décroît. À l'opposé, la spirale de perte est un appauvrissement en ressources qui augmente le risque potentiel de perdre de nouvelles ressources.

cune constituée de huit items. Il s'agit d'une liste de comportements et attitudes que les participants pourraient adopter en réponse à des stresseurs potentiels. Le FOCI a été validé sur un échantillon de quatre cent trois étudiants chinois : ses propriétés psychométriques sont satisfaisantes.

5.9.3 Le coping centré sur la signification

Lazarus, Kanner et Folkman avaient déjà suggéré en 1980 que les émotions positives pouvaient avoir trois fonctions adaptatives durant un épisode stressant : étayer les tentatives de coping, donner un temps de répit et restaurer les ressources. Depuis, plusieurs études ont mis en évidence depuis la co-occurrence d'émotions positives et négatives suite à des événements majeurs, comme un deuil par exemple (Folkman, Chesney, Collette, Boccellari, et Cooke, 1996 ; Horowitz, Adler, et Kegeles, 1988 ; Stein, Trabasso, et Liwag, 1993). Ainsi, certains aspects positifs du processus de stress ont été décrits, non seulement au niveau de l'évaluation primaire (défi) mais également au niveau des issues observées suite aux stratégies de coping mises en place, issues parfois positives.

En 1997, Folkman a commencé à décrire quelques stratégies de coping « positives » et décide de s'intéresser à une stratégie de coping particulière qui interviendrait après la survenue d'issues défavorables (suite à l'utilisation de stratégies de coping classiques mais s'avérant inefficaces) : le coping centré sur la signification. Ce coping serait une stratégie s'appuyant sur les croyances des individus (croyances en la justice, croyances religieuses, etc.), leurs valeurs et leurs buts existentiels (objectifs de vie). Il les aiderait à faire face et à préserver leur bien-être pendant les moments difficiles (Park et Folkman, 1997).

Folkman précise qu'en plus de ses effets rétroactifs sur les stratégies de coping préalablement mises en place, il s'agit bien là d'une stratégie de coping à part entière. Elle se composerait de stratégies de coping plus spécifiques : trouver des bénéfices à la situation, réviser ses buts, réordonner ses priorités, profiter des moments ordinaires, trouver un sens positif à ce qui arrive. La figure 6.5 représente le modèle révisé de Folkman (2008) : après la mise en place de stratégies de coping classiques et si les issues (événement, émotions..) sont négatives, l'individu peut mettre en place des stratégies de coping centrées sur la signification, qui vont déclencher des émotions positives. Celles-ci agissent rétroactivement sur les stratégies de coping classiques ou sur l'évaluation primaire en permettant la restauration des ressources.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

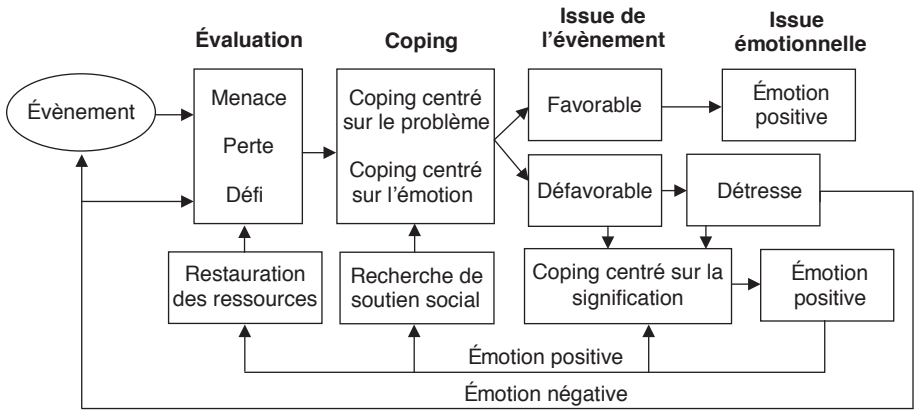


Figure 6.5 – *Modèle révisé du stress et du coping (Folkman, 2008)*

L'opérationnalisation de ce concept est récente. Néanmoins, quelques inventaires ont été développés pour évaluer cette stratégie ou des stratégies proches, comme, par exemple, celle de croissance post-traumatique, processus qui peut se développer après un événement de vie majeur comme le fait d'être atteint d'un cancer par exemple (Tedeshi, Park, et Calhoun, 1998). Des études sont encore nécessaires à l'élaboration d'un outil évaluant le coping centré sur la signification (Folkman, 2009). Ces recherches devront élucider son statut de variable dispositionnelle ou transactionnelle. Enfin, le coping centré sur la signification s'appliquerait à des situations plus larges que les stratégies classiques ; il ne serait pas, comme elles, spécifique aux situations stressante (Folkman, 2008).

5.9.4 La flexibilité du coping

Lorsqu'un individu est confronté à des événements stressants, il adoptera pour y faire face soit des stratégies centrées soit sur le problème, soit sur l'émotion ; il est rare que les personnes adoptent systématiquement soit l'une soit l'autre. De plus, l'environnement change constamment et un bon ajustement au stress implique une adéquation entre le coping utilisé et la situation. Plusieurs études ont montré que les individus diversifient plus ou moins leurs stratégies de coping en fonction de la variété des situations stressantes subies (Cheng, 2003 ; Watanabe, Iwanaga, et Ozeki, 2002). Les individus diffèrent quant à leur capacité à utiliser un répertoire varié de stratégies de coping : certains seraient « flexibles », d'autres moins. La flexibilité, associée à une bonne adé-

quation coping-situation est associée à des issues de santé adaptatives (Cheng, 2003 ; Cheng, Hui, et Lam, 2000 ; Watanabe *et al.*, 2002)[1].

Certains auteurs ont développé des outils pour évaluer la flexibilité du coping. L'un d'entre eux est le CFSI (*Coping Styles and Flexibility Inventory*) de Williams (2002) ; il propose douze situations hypothétiques potentiellement stressantes (par exemple : « quand je reçois de mauvaises nouvelles » ; « quand je doute de ma capacité à réussir »). Pour chacune, quatre stratégies de coping sont proposées : coping centré sur l'action, réévaluation positive, évitement et recherche de soutien social. Le CFSI fournit une évaluation du style de coping de l'individu et de sa flexibilité. La flexibilité est estimée par l'écart-type de chacune des quatre stratégies de coping, ceci dans les douze situations : plus les écarts-types sont élevés, plus l'individu a des stratégies flexibles. Il y aurait une relation positive entre la flexibilité du coping et l'intensité de la symptomatologie anxio-dépressive (Fresco, Williams, et Nugent, 2006 ; Williams, 2002). Certaines interventions visant à développer la flexibilité chez des sujets se sont traduites en effet par la diminution de leurs symptômes dépressifs (Cheng, Kogan, et Chio, 2012).

5.10 Les mécanismes d'action du coping

Une stratégie de coping peut affecter l'état de santé physique et psychique ultérieur d'un individu par plusieurs voies, directes et indirectes. On sait tout d'abord que les réponses de coping sont associées à des variations de l'activité de certains systèmes (neuroendocrinien, neuroimmunitaire). Certains cofonctionnements biopsychosociaux sont souvent évoqués pour rendre compte des mécanismes sous-jacents aux transactions individu-environnement (Dantzer, 1994 ; Goodall, 1994). De plus en plus d'études tendent à montrer que les évaluations et les réponses de coping du modèle transactionnel sont liées au fonctionnement immunitaire et à la santé objective. Plusieurs interventions éducatives visant à apprendre aux individus à adopter des stratégies de coping plus fonctionnelles ont démontré leur efficacité sur divers paramètres neuroendocriniens et immunitaires aussi bien chez des individus en bonne santé que des patients cancéreux (Gaab, Sonderegger, Scherrer, et Ehlert, 2006 ; McGregor *et al.*, 2004).

Carver et Vargas (2011) proposent les voies hypothétiques par lesquelles le stress et le coping peuvent influencer la santé. La figure 6.6

1. Des interventions pour améliorer la gestion du stress sont centrées sur l'acquisition d'une plus grande flexibilité des stratégies de coping.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

indique les voies verticales (1, 2, 3 et 4) par lesquelles le stress influence la santé. Le coping est considéré alors comme susceptible d'intervenir à différentes étapes en modérant les relations 1 (entre événement stressant et stress perçu) et/ou 2 (entre stress perçu et détresse émotionnelle) et/ou 3 (entre détresse émotionnelle et fonctionnements immunitaire, neuroendocrinien et cardiovasculaire). Il peut aussi modérer les relations 5 (entre stress et fonctionnements immunitaire, neuroendocrinien et cardiovasculaire), 6 (entre stress et maladie) et 7 (entre détresse émotionnelle et maladie). Enfin, le coping peut être proactif et agir de la même façon à ces différents niveaux : il peut prévenir le stress (voie 1), il peut influencer la façon dont un stress prolongé peut induire de la détresse émotionnelle (voie 2) et il peut modifier la façon dont la détresse émotionnelle se traduira en dysfonctionnements physiologiques (voie 3).

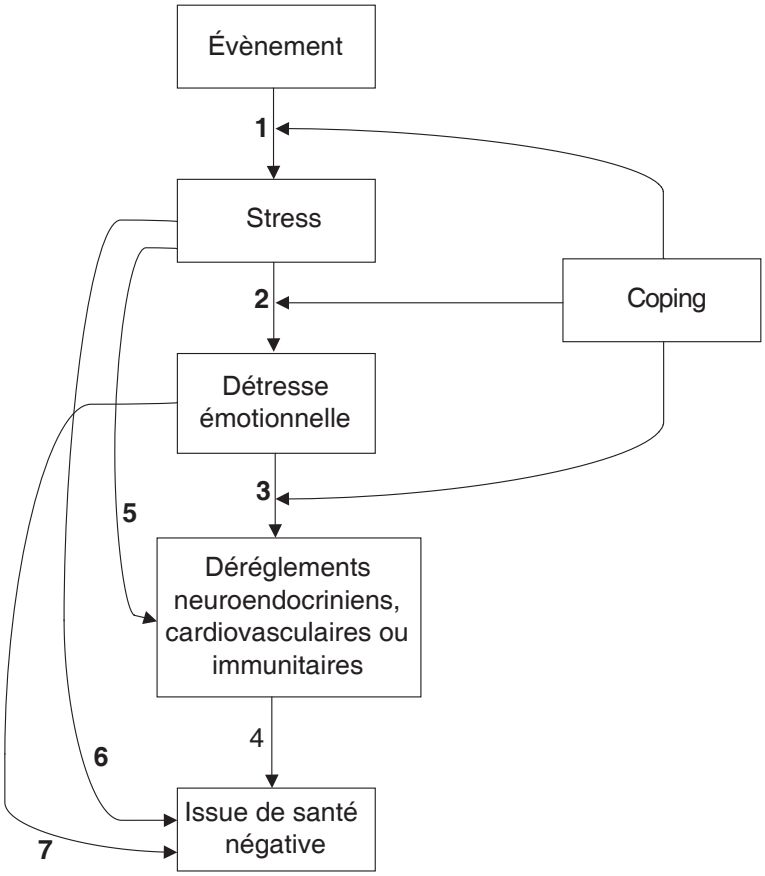


Figure 6.6 – *Voies hypothétiques par lesquelles stress et coping affectent la santé (Carver et Vargas, 2011)*

Les stratégies de coping se traduisent en outre par des attitudes et comportements plus ou moins pathogènes ou salutogènes. Un coping centré sur l'émotion ou évitant peut s'accompagner de *comportements à risques* : non-perception des symptômes, délai à consulter, abus de certaines substances, non-observance d'un traitement. Un coping centré sur le problème ou vigilant se traduit généralement par la *recherche d'informations* concernant la santé, l'*attention* portée aux symptômes, une *meilleure adhésion thérapeutique* et par des *comportements plus sains*[1].

Selon Antoni (2002), les individus ont plus de risques d'adopter certains comportements addictifs lorsqu'ils sont stressés (*binge-eating*, abus de substances, comportements sexuels à risques, etc.). Les comportements d'abus de substances engendrent d'autres comportements à risques (comportements sexuels ou automobiles notamment) pour la santé (Ostrow *et al.*, 1990). Ces comportements (notamment addictifs, avec ou sans substances) exposent les individus à divers agents pathogènes responsables de problèmes de santé (Bonnaire et Varescon, 2012). Dunbar-Jacob, Schlenk et Caruthers (2002) ont fait la revue de certaines formes comportementales de coping (qu'ils appellent stratégies comportementales de coping). Le fait que certains comportements à risque soient une expression sous forme comportementale d'un coping évitant ou centré sur l'émotion est tout à fait possible (voir *supra*, § 6.5.3), mais le fait qu'ils soient en eux-mêmes des stratégies de coping reste à démontrer.

Si des progrès restent à faire, notamment dans l'évaluation des stratégies de coping et de leurs effets, on sait que les stratégies d'ajustement aux événements stressants sont des processus fondamentaux, modulant la relation entre contexte aversif, caractéristiques individuelles et état de santé ultérieur. On ne peut guère agir sur les antécédents environnementaux et dispositionnels qui fragilisent les individus ; en revanche, les processus d'évaluation et les stratégies d'ajustement décrits ci-dessus sont en grande partie modifiables. De nombreuses interventions sont réalisées pour aider les personnes ayant à affronter des événements comme une maladie, une hospitalisation, un deuil ou une période de chômage. Elles visent à renforcer autant que possible les stratégies d'ajustement fonctionnelles et à réduire celles qui sont nocives (selon les situations), mais aussi à anticiper les situations potentiellement

1. Ceci n'est pas contradictoire avec le fait que cette stratégie peut être dysfonctionnelle sur le plan émotionnel notamment lorsqu'un sujet est atteint d'une maladie grave, incontrôlable et durable.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

stressantes et à planifier le coping, ou encore à augmenter la capacité à utiliser des stratégies de coping différentes, afin d'optimiser leur adéquation avec les différentes situations stressantes rencontrées.

6. Des processus transactionnels revisités

Pour conclure quant au rôle des transactions entre individu et environnement dans l'étiologie des problèmes de santé somatique et psychique, force est de constater à la lumière des résultats disponibles que ces processus jouent bien en effet un rôle important (médiateur ou modérateur) : ils modulent l'impact de diverses caractéristiques contextuelles et individuelles sur l'ajustement ultérieur. Les processus transactionnels ne sont cependant que les maillons d'une chaîne d'imputations causales plus complexe : ils ne peuvent être considérés indépendamment de ce qui les précède (antécédents) ni de ce qui les suit, conséquences de ces processus, issues de santé et effets rétro-actifs de ces issues.

Chabrol et Callahan (2004) rappellent qu'on ne peut décrire le coping isolément et que des modèles multifactoriels *stress-coping* permettent de mieux comprendre le fonctionnement complexe des individus lorsqu'ils s'ajustent à l'adversité. Les autres notions incluses dans ces modèles sont le plus souvent complexes elles aussi (auto-efficacité, stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu, etc.). Dans son modèle révisé, Folkman (1997) suggère de prendre en compte également les émotions positives succédant à certaines issues. Les issues résultant d'un épisode de stress pourront en effet induire simultanément des affects négatifs et positifs. Folkman propose d'intégrer les états affectifs positifs dans son modèle transactionnel du stress : en cas d'issues négatives, les individus peuvent mettre en place un coping centré sur la recherche de sens, celui-ci pouvant avoir des effets rétroactifs sur l'évaluation des ressources et le coping (Folkman et Moskowitz, 2000).

L'intérêt porté à la dyade (patient-conjoint ou plus largement patient-proche) plutôt qu'à l'individu considéré isolément, issu de l'approche systémique, ouvre des perspectives nouvelles : en effet, l'épisode de stress, ses composantes et ses séquences, sont alors vécus par plusieurs individus qui interagissent. Cette perspective conduira probablement à des études prenant en compte plus largement les processus d'ajustement de l'entourage familial ou amical d'une personne (un patient par exemple) face à des événements stressants (une maladie sévère par

exemple) ; et leur impact sur l'ajustement individuel de l'intéressé et notamment sur sa santé émotionnelle et somatique. Ceci permettra d'en savoir plus sur ce qui est fonctionnel et dysfonctionnel chez les proches d'une personne vulnérable.

Le coping n'est plus uniquement envisagé comme une tentative d'ajustement actuelle à une situation aversive passée ou présente, on l'étudie aussi comme un processus élaboré pour faire face à un stress potentiel dans un futur plus ou moins proche. Le coping orienté vers le futur (coping planifié, coping proactif), introduit dans certains modèles sociocognitifs, puis plus récemment dans des modèles transactionnels, apporte à ce champ une temporalité élargie, intégrant le passé, le présent et le futur de l'ensemble des processus associés au stress.

La perspective développementale du coping (*coping accross the lifespan*) prend en compte son évolution au cours des différents âges de la vie. Aldwin (2007) et Compas (1998) différencient les processus de stress et d'ajustement correspondants (enfance, adolescence, émergence de l'âge adulte, âge adulte et vieillesse). L'étude du stress, du coping et de leurs effets sur la santé à différentes périodes nécessite des approches spécifiques au niveau théorique et opérationnel ; c'est le cas par exemple des travaux de Seiffge-Krenke (1998, 2001) menés en psychologie de la santé de l'adolescent. Le concept de résilience pourrait permettre de conjuguer l'approche transactionnelle de l'ajustement avec un point de vue développemental (Leipold et Greve, 2008).

On s'intéresse de plus en plus aujourd'hui à des aspects individuels des stratégies de coping, très peu étudiés jusqu'ici, comme le style ou la flexibilité. Le style de coping est la façon habituelle d'utiliser une stratégie plutôt qu'une autre face à une variété de situations et de moments ; le style de coping, s'il est stable, est proche de la notion de trait. La flexibilité est la capacité à utiliser un large éventail de stratégies, ce qui consiste à adopter des stratégies variant en fonction des situations et des moments (la souplesse s'opposant à la rigidité) ; en ce qui concerne le futur, la flexibilité correspond au fait d'anticiper les stratégies que l'on utilisera éventuellement plus tard (coping proactif).

Depuis une dizaine d'années, la conception transactionnelle classique du coping s'est enrichie grâce à des approches complémentaires (systémiques, socio-cognitives, développementales) qui ont permis d'élargir les notions initiales de stress et de stratégies d'ajustement : de l'individu à celles de l'entourage, des situations passées et présentes à des situations futures, des processus momentanés et ponctuels à des styles habituels et à des processus d'ajustement tels qu'ils se développent au cours de l'existence.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Bibliographie

Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York Acedemic Press.

Adler, N.E., et Matthews, K. (1994). Health Psychology. Why do some people get sick and some stay well ? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.

Aguerre, C. (1999). *Rôle de la personnalité, des facteurs sociobiographiques et des stratégies de coping dans la polyarthrite rhumatoïde. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Bordeaux.

Amiel-Lebigre, F. (1990). Experienced events, represented events and depression. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 5 (6), 349-354.

Andersen, B.L., et Cacioppo, J.T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis : delay stages and psychophysiological comparison processes. *The British Journal of Social Psychology/the British Psychological Society*, 34, Pt 1.

Ang, R.P., Klassen, R.M., Har Chong, W., Huan, V.S., Wong, I.Y.F., See Yo, L. et Krawchuck, L.L. (2009). Cross-cultural invariance of the academic expectations stress inventory : Adolescent samples from Canada and Singapore. *Journal of Adolescence*, 32, 1225-1237.

Antoni, M.H. (2002). HIV and AIDS. In A.J. Christensen et M.H. Antoni (eds.), *Chronic physical disorders : Behavioral medicine's perspective* (p. 191-219). Oxford, Blackwell.

Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., *et al.* (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23 (5), 580-591.

Aspinwall, L.G., et Taylor, S.E. (1997). A stitch in time : Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121 (3), 417-436.

Atkinson, J.S., Schennesson, L.N., Williams, M.L., et Timpson, S.C. (2008). Associations among correlates of sched ule adherence to antiretroviral therapy (ART) : A path analysis of a sample of crack cocaine using sexually active African-Americans with HIV infection. *AIDS Care — Psychological and Socio-Medical Aspects of A IDS/HIV*, 20 (2), 260-269.

Badr, H., Acitelli, L.K., et Taylor, C.L.C. (2007). Does couple identity mediate the stress experienced by caregiving spouses ? *Psychology and Health*, 22 (2), 211-229.

Baker, S.R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35 (3), 569-591.

Barrera M. (1986). Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 4, 413-445.

Barrera M., Ainlay S. (1983). « The Structure of Social Support : a Conceptual and Empirical Analysis », *American Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.

Berg, C.A., et Upchurch, R. (2007). A Developmental-Contextual Model of Couples Coping With Chronic Illness Across the Adult Life Span. *Psychological Bulletin*, 133 (6), 920-954.

Bidan-Fortier C. (2001). L'évolution différentielle de l'infection par le VIH. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod, chap. 8, 157-177.

Billings A.G., Moos R.H. (1981). « The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events ». *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.

Boekaerts M. (1996). Coping with Stress in Childhood and Adolescence. In M. Zeidner et N.S. Endler (eds.), *Handbook of Coping. Theory, Research and Applications*, New York, Wiley, chap. 20, 452-484.

Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T.A. Revenson, K. Kayser et G. Bodenmann (eds.), *Couples coping with stress : Emerging perspectives on dyadic coping* (p. 33-50). Washington DC, American Psychological Association.

Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar (DCI) : Test Manual*. Bern, Huber.

Bodenmann, G., et Shantinath, S.D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET) : A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53 (5), 477-484.

Bonnaire, C., et Varescon, I. (2012). Impact des conduites à risques et des addictions sur la santé. In S. Sultan et I. Varescon (éds.), *Psychologie de la santé* (p. 89-110). Paris, PUF.

Borteyrou, X., Truchot, D., et Rascle, N. (2013). Development and validation of the Work Stressor Inventory for Nurses in Oncology : preliminary findings. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (2), 443-453.

Boujut, E., et Bruchon-Schweitzer, M. (2009). A construction and validation of a freshman stress questionnaire : An exploratory study. *Psychological Reports*, 104 (2), 680-692.

Boujut, E., Bruchon-Schweitzer, M., et Dombrowski, S. (2012). Development and validation of an exploratory measure to assess student coping : the Student Coping Scale (SCS). *Psychology*, 3 (8), 352-356.

Brody, G.H., Kogan, S.M., Murry, V.M., Chen, Y.F., et Brown, A.C. (2008). Psychological Functioning, Support for Self-Management, and Glycemic Control Among Rural African American Adults With Diabetes Mellitus Type 2. *Health Psychology*, 27 (1 SUPPL.), S83- S90.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Quintard, B., Nuissier, J., Cousson, F., Aguerre, C. (1997). Stress professionnel et santé. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 33, 61-74.

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

Burnett, P.C. et Fanshawe, J.P. (1997). Measuring school-related stressors in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 4, 415-428.

Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., et Adrien, J.L. (2011). Quality of life : A key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20 (8), 1279-1294.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Capuron, L. (1999). *Évaluation des effets psychotropes des cytokines utilisées en thérapeutique anticancéreuse. Un modèle d'études des relations entre le système immunitaire central et le système nerveux central*. Thèse de doctorat de psychologie. Université Bordeaux-2.

Capuron, L., et Miller, D.S. (2004). Cytokines and psychopathology : lesson from interferin alpha. *Biological Psychiatry*, 56, 819-824.

Carver, Scheier, M.F., et Weinbtraub, J.K. (1989). Assesing coping strategies : a theoretically based approach. *Journal of Personality et Social Psychology*, 56, 267-283.

Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but protocole's too long : consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.

Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. (1989). Assessing Coping Strategies : a Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.

Carver, C.S., et Vargas, S. (2011). Stress, coping and health. In H.S. Friedman (éd.), *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press.

Chabrol, H., et Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris, Dunod.

Chak A. (1996). Conceptualizing Social Support : a Micro or Macro Perspective ? *Psychologia*, 39, 74-83.

Chamberlain K., Quintard B. (2001). Les déterminants psycho-sociaux de l'ajustement au diabète. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris, Dunod, chap. 5, 95-112.

Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings : A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology,* 80 (5), 814-833.

Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processe s Underlying Coping Flexibility : A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2), 425-438.

Cheng, C., Hui, W., et Lam, S. (2000). Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders. *Health Psychology*, 19, 146-154.

Cheng, C., Kogan, A., et Chio, J.H.M. (2012). The effectiveness of a new, coping flexibility intervention as compared with a cognitive-behavioural intervention in managing work stress. *Work and Stress*, 26 (3), 272-288.

Chida, Y., et Vedhara, K. (2009). Adverse psychosocial factors predict poorer prognosis in HIV disease : Ameta-analytic review of prospective investigations. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23 (4), 434-445.

Cohen, L.H., Kamarck, T., et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.

Cohen S., Wills T.A. (1985). Stress, Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.

Cohen, S., Gottlieb, B., et Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, et B. Gottlieb (eds.), *Measuring and intervening in social support* (p. 3-25). New York, Oxford University Press.

Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Collange, J., Bellinghausen, L., Emery, J.L., Albert, E., et Zenasni, F. (2012). Une échelle de soutien social adaptée au monde professionnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19, 1-14.

Consoli S.M. (2001). L'insuffisance coronarienne : facteurs de vulnérabilité et facteurs de protection. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris, Dunod, chap. 2, 25-45.

Constant A. (2004). *Étude des facteurs prédictifs des troubles de l'humeur induits par interféron alpha au cours du traitement de l'hépatite C chronique. Approche descriptive et transactionnelle*. Thèse de doctorat de l'université de Bordeaux II.

Cornwell, B. (2003). The dynamic properties of social support : decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*, 81 (3), 953-978.

Costa P.T., Somerfield M.R., Mc Crae, R.R. (1996). Personality and Coping : a Reconceptualization. In M. Zeidner et N.S. Endler (eds.), *Handbook of Coping : Theory, Research, Applications*, New York, Wiley, chap. 3, 44-61.

Cousson-Gélie F. (2001). Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod, chap. 3, 47-73.

Cousson-Gélie F., Bruchon-Schweitzer M., Quintard B., Nuissier J., Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation Française de la WCC (*Ways of Coping Checklist*). *Psychologie Française*, 41, 2, 155-164.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T., et Houede, N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychological Reports*, 108 (3), 923-942.

Cousson-Gélie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M., et Lakdja, F. (2005). Dimensions of Cancer Locus Of Control Scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports*, 97 (3), 699-711.

Dantzer, R. (2001). Personnalité et maladies : l'apport de la psycho-neuro-immunologie. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement* (vol. 13, p. 261-281). Paris, Dunod.

Dantzer, R., et Goodall, G. (1994). Psychobiologie du stress. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (éds.), *Introduction à la psychologie de la santé* (vol. 6, p. 155-182). Paris, PUF.

Dantzer, R., Wollman, E.E., et Yirmiya, R. (1999). *Cytokines, stress and depression*. New York, Plenum, Kluwer Academic.

DeLongis, A., Folkman, S., et Lazarus, R.S. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood : Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (3), 486-4 95.

Dewe J.P. (1985). Coping with Work Stress : An Investigation of Teacher's Action. *Research in Education*, 33, 27-40.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Dise-Lewis, J.E. (1988). The Life Events and Coping Inventory : an assessment of stress in children. *Psychosomatic Medicine*, 50, 484-489.

Dunbar-Jacob J, Schlenk EA, Caruthers D. (2002). Adherence in the management of chronic disorders. In Christensen A.J., Antoni M.H. (eds.). *Chronic physical disorders : Behavioural medicine's perspective*. Malden, MA : Blackwell Publishers.

Endler N.S., Courbasson C.M.A., Fillion L. (1998a). Coping with Cancer : the Evidence for the Temporal Stability of the French Canadian Version of the Coping with Health Injuries and Problems (CHIP). *Personality and Individual Differences*, 25, 711-717.

Endler N.S., Kantor L., Parker J.D.A. (1994). State-Trait Coping, State-Trait Anxiety and Academic Performance. *Personality and Individual Differences*, 16, 663-699.

Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping : a Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.

Endler N.S., Parker J.D.A., Summerfelt L.J. (1998). Coping with Health Problems : Developing a Reliable and Valid Multidimensional Measure. *Psychological Assessment*, 10, 3, 195-205.

Endler, N.S., Speer, R.L., Johnson, J.M., et Flett, G.L. (2000). Controllability, coping, efficacy, and distress. *European Journal of Personality*, 14 (3), 245-264.

Endler, N.S., et Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems : Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10 (3), 195.

Feifel H., Strack S. (1989). Coping with Conflict Situations : Middle-Aged and Elderly Men. *Psychology and Aging*, 4, 1, 26-33.

Feifel, H., Strack, S., et Nagy, V.T. (1987). Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine*, 49 (6), 616-625.

Ferguson E., Matthews G., Cox T. (1999). The Appraisal of Life Events (ALE) Scale : Reliability and Validity. *British Journal of Health Psychology*, 4, 97-116.

Fields L., Prinz R.J. (1997). Coping and Adjustment during Childhood and Adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17, 8, 937-976.

Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Arean, P., Mohr, D., Masharani, U., *et al*. (2007). Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes : Not just a question of semantics. *Diabetes Care*, 30 (3), 542-548.

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21 (1), 3-14.

Folkman, S. (2009). Commentary on the special section Theory-based approaches to stress and coping : Questions, an swers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*, 14 (1), 72-77.

Folkman, S., Chesney, M., Collette, L., Boccellari, A., et Cooke, M. (1996). Post-bereavement Depressive Mood and Its Prebereavement Predictors in HIV + and HIV — Gay Men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (2), 336-348.

Folkman, S., et Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process : Study of Emotion and Coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.

Franks, H.M., et Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer : A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15 (12), 1027-1037.

Fresco, D.M., Williams, N.L., et Nugent, N.R. (2006). Flexibility and Negative Affect : Examining the Associations of Explanatory Flexibility and Coping Flexibility to Each Other and to Depression and Anxiety. *Cognitive Therapy et Research*, 30 (2), 201-210.

Furukawa, T., Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1998). Social Support and Adjustment to a Novel Environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 1, 56-70.

Gaab, J., Sonderegger, L., Scherrer, S., et Ehlert, U. (2 006). Psycho neuroendocrine effects of cognitive-behavioral stress management in a naturalistic setting. A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 31 (4), 428-438.

Gale, L., Vedhara, K., Searle, A., Kemple, T., et Campbell, R. (2008). Patients' perspectives on foot complications in type 2 diabetes : A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58 (553), 555-563.

Gan, Y., Hu, Y., et Zhang, Y. (2010). Proactive and preventive coping in adjustment to college. *Psychological Record*, 60 (4), 643-658.

Gan, Y., Yang, M., Zhou, Y., et Zhang, Y. (2007). The two-factor structure of future-oriented coping and its mediating role in student engagement. *Personality and Individual Differences*, 43 (4), 851-863.

Gentry, W.D., et Kobasa, S. (1984). Social and psychological ressources mediating stressillness relationships in humans. In W.D. Gentry (ed.), *Handbook of behavioral medicine* (p. 87-113). New York, Guilford.

Graziani, P., Hautekeete, M., Rusinek, S., et Servant, D. (2001). *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Masson.

Greene, C.A., et Murdock, K.K. (2013). Multidimensional control beliefs, socioeconomic status, and health. *American Journal of Health Behavior*, 37 (2), 227-237.

Greenglass, E.R. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (éd.), *Beyond coping : Meeting goals, vision, and challenges* (p. 37-62). London, Oxford.

Greenglass, E.R., et Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect and well-being : Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, 14 (1), 29-39.

Greenglass, E.R., Schwarzer, R., et Jakubiec, D. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI) : A multidimensional research instrument. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Societ y (STAR), Cracow, Poland.

Greer S., Morris T., Pettingale K.W. (1979). Psycholological Response to Breast Cancer. Effects on Outcome. *The Lancet*, 2, 785-787.

Greer S., Morris T., Pettingale K.W., Haybittle J.L. (1990). Psychological Response to Breast Cancer and 15 Years Outcome. *The Lancet*, 1, 49-50.

Griffith, L.S., Field, B.J., et Lustman, P.J. (1990). Life Stress and social support in diabetes : Association with glycemic control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20 (4), 365-372.

Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, Guilford.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Hauke, A., Flintrop, J., Brun, E., et Rugulies, R. (2011). Th e impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions : A review and metaanalysis of 54 longitudinal studies. *Work and Stress*, 25 (3), 243-256.

Hobfoll, S.E. (1985) The Limitations of Social Support in the Stress Process. In I.G. Sarason and B.R. Sarason (éd) *Social Support : Theory, Research, and Application*, p. 391-414. La Haye, Martinus Nijhoff.

Hobfoll, S.E., Stokes, J.P. (1988). The Process and Mechanics of Social Support. In S. Duck, D.F. Hay, S.E. Hobfoll, W. Ickes et B.M. Montgomery (eds.), *Handbook of Personality Relationships : Theory, Research, and Interventions*, Londres, Wiley, 497-517.

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources : A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community : The psychology and philosophy of stress*. New York, Plenum.

Holahan, C.J., et Moos, R.H. (1991). Life Stressors, Personal and Social Resources, and Depression : A 4-Year Structural Model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1), 31-38.

Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Cronkite, R.C., et Randall, P.K. (2003). Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression : A 10-year model. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 159-165.

Holmes, T.H., et Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Psychosomatic Medicine*, 11, 213-218.

Horowitz, M., Adler, N., et Kegeles, S. (1988). A scale for measuring the occurrence of positive states of mind : A preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 50 (5), 477-483.

Hoyt, M.A., et Stanton, A.L. (2012). Adjustment to chronic illness. In A. Baum, T.A. Revenson et J. Singer (éd.), *Handbook of Health Psychology* (p. 219-246). Psychology Press.

Irachabal, S., Koleck, M., Rascle, N., et Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Pain coping strategies : French adaptation of the coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encephale*, 34 (1), 47-53.

Johnson, J.V., Hall, E.M., Theorell, T. (1989). Combined Effects of Job Strain and Social Isolation on Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality in a Random Sample of the Swedish Male Working Population. *Scandinavian Journal of Work, Environnement and Health*, 15, 271-279.

Juth, V., Smyth, J.M., et Santuzzi, A.M. (2008). How do you feel ? Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 13 (7), 884-894.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., et Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ) : An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322-355.

Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Books.

Keefe, F.J., Salley Jr, A.N., et Lefebvre, J.C. (1992). Coping with pain : Conceptual concerns and future directions. *Pain*, 51 (2), 131-134.

Kenny, D.A., Kashy, D.A., et Cook, W.L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, Guilford Press.

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, Erlbaum.

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiebaut, E., Dumartin, N., Sifakis, Y. (2000). Job Stress, Coping and Burn-out among French General Practitioners. *European Review of Applied Psychology*, 50 (3), 309-314.

Koleck, M. (2001). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et Maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod, chap. 4, 77-92.

Krantz, D.S., et McCeney, M.K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease : A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, vol. 53, p. 341-369.

Krohne, H.W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H.W. Krohne (ed.), *Attention and avoidance. Strategies in coping with aversiveness* (p. 19-50). Seattle/Toronto, Hogrefe et Huber.

Krohne H.W. (1996). Individual Differences in Coping. In M. Zeidner et N.S. Endler (eds.), *Handbook of Coping. Theory, Research, Applications*, New York, Wiley, chap. 17, 381-409.

LaRocco, J.M., House, J.S., et French Jr, J.R.P. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 202-218.

Lasry, J.C., Audet-Lapointe, M., Gauthier, G., et Ayers, T. (2003). Le processus d'accommodation au stress chez les enfants : Validation des versions françaises du Threat Appraisal Scale, du Children's Coping Strategies Checklist et de Efficacy Scale. Communication présentée dans le cadre du 26e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie.

Latack J.C. (1986). Coping With Job Stress : Measures and Future Directions for Scale Development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.

Laugaa, D., et Bruchon-Schweitzer, M. (2005). Construction et validation d'une échelle de stress spécifique pour les enseignants en école primaire. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 34 (4), 499-519.

Laugaa, D., Rascle, N., et Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and *burnout* among French elementary school teachers : A transactional approach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58 (4), 241-251.

Lazarus, R.S. (1975). A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *The American Psychologist*, 30 (5), 553-561.

Lazarus, R.S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (4), 375-489.

Lazarus R.S. (1993). Coping Theory and Research : Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R.S., et Folkman, S. (1984a). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984b). Coping and Adaptation. In W.D. Gentry (ed.), *Handbook of Behavior Medicine*, New York, Guilford, 282-325.

Lazarus, R.S., Launier, R. (1978). Stress Related Transactions between Person and Environment. In L.A. Pervin et M. Lewis (eds.), *Perspectives in International Psychology*, New York, Plenum Press, 287-327.

Ledermann, T., Bodenmann, G., Gagliardi, S., Charvoz, L., Verardi, S., Rossier, J., *et al.* (2010). Psychometrics of the dyadic coping inventory in three language groups. *Swiss Journal of Psychology*, 69 (4), 201-212.

Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'Information Psychiatrique*, 84 (9), 809-820.

Levenson, H. (1974). Activism and Powerful Others. Distinctions within the Concept of Internal-External Control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.

Linehan, M.M., et Shearin, E.N. (1988). Lethal stress : A social-behavioral model of suicidal behavior. In S. Fisher et J. Reason (éd.), *Handbook of life stress, cognition, and health* (p. 267-287). Chichester, John Wiley et Sons.

Long, B.C. (1990). Relation Between Coping Strategies, Sex-Typed Traits, and Environmental Characteristics : A Comparison of Male and Female Managers. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (2), 185-194.

Lu, L. (1996). Coping Consistency and Emotional Outcome : Intra-Individual and Inter-Individual Analyses. *Personality and Individual Differences*, 21, 4, 583-589.

Maes S., Leventhal H., De Ridder D.T.D. (1996). Coping with Chronic Diseases. In M. Zeidner et N.S. Endler (eds.), *Handbook of Coping. Theory, Research, Applications*, New York, Wiley, chap. 11, 221-251.

Maslach, C. (1981). The measurement of experienced *burnout. Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-13.

Mc Crae, R.R. (1992). Situational Determinants of Coping. In B.N. Carpenter (ed.), *Personal Coping : Theory, Research and Applications*, New York, Praeger, 65-76.

McCubbin, H.I., McCubbin, M.A., Patterson, J.M., Cauble, A.E., Wilson, L.R. et Warwick, W. (1983). CHIP-Coping Health Inventory for Parents : An Assessment of Parental Coping Patterns in the Care of the Chronically Ill Child. *Journal of Marriage and the Family*, 359-370.

McCubbin, H.I., et Thompson, A.I. (1987). *Family assesment inventories for research and practice*. Madison, Unioversity of Wisconsin Press.

McGregor, B.A., Antoni, M.H., Boyers, A., Alferi, S.M., Blomberg, B.B., et Carver, C.S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (1), 1-8.

Mechanic, D. (1962). *Students under Stress*. New York, Free Press.

Miller, S.M. (1987). Monitoring and Blunting : Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (2), 345-353.

Montel, S., et Bungener, C. (2010). Validation of CHIP (a coping questionnaire) in French patients with neurological disorders. *Revue Neurologique*, 166 (1), 54-60.

Moos, R.H., et Moos, B.S. (2002). *Family Environment Scale manual : Development, applications, research*. Palo Alto, CA : Mind Garden, Inc.

Moskowitz, J.T., Hult, J.R., Bussolari, C., et Acree, M. (2009). What Works in Coping With HIV ? A Meta-Analysis With Implications for Coping With Serious Illness. *Psychological Bulletin*, 135 (1), 121-141.

Muller, L., et Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping : Validation of the Brief COPE among french population. Évaluation multidimensionnelle du coping : Validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, 29 (6 I), 507-518.

Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H., et Kuboki, T. (2006). Prospective study on influence of psychosocial factors on glycemic control in Japanese patients with type 2 diabetes. *Psychosomatics*, 47 (3), 240-246.

O'Connor, D.B., Cobb, J., et O'Connor, R.C. (2003). Religiosity, stress and psychological distress : no evidence for an association among undergraduate students. *Personality et Individual Differences*, 34 (2), 211.

Ochsner, K.N., et Gross, J.J. (2004). Thinking makes it so : A social cognitive neuroscience approach to emotion regulation. In R. F. Baumeister et K.D. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation : Research, theory and applications* (p. 229-255). New York, Guilford Press.

Ostrow, D.G., VanRaden, M.J., Fox, R., Kingsley, L.A., Dudley, J., et Kaslow, R.A. (1990). Recreational drug use and sexual behavior change in a cohort of homosexual men. *AIDS*, 4 (8), 759-765.

Ouwehand, C., de Ridder, D.T.D., et Bensing, J.M. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, 45 (1), 28-33.

Park, C.L., et Folkman, S. (1997). Stability and Change in Psychosocial Resources during Caregiving and Bereavement in Partners of Men with AIDS. *Journal of Personality*, 65 (2), 421-447.

Parkes, K.R. (1984). Locus of Control, Cognitive Appraisal, and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 3, 655-668.

Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement, ou « coping ». In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (éds.), *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, PUF, chap. 4, 99-124.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'Année psychologique*, 92, 545-557.

Perry, J.C., et Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms : I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46 (5), 444-452.

Pinneau S.R. JR. (1976). *Effects of Social Support on Occupational Stresses and Strains*. Paper Presented at the Meeting of the American Psychological Association, Washington DC.

Pretzer, J.L., et Beck, A.T. (2007). Cognitive approches to stress and stress management. In P. Lehrer, R.L. Woolfolk et W.E. Sime (eds.), *Principles and practices of stress management* (p. 465-495), New York, The Guilford Press.

Procidiano, 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.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Pruyn J.F.A., Van Den Borne H.W., De Reuver R.S.M., De Boer M.F., Bosman L.J., De Jong P.C. (1988). The Locus of Control Scale for Cancer Patients. *Tijdschift Woor Sociales Gezondheidszorj*, 66, 404-408.

Quintard, B. (2001). Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Recherche en Soins Infirmiers*, (67), 46-67.

Rascle N. (2000). Testing the Mediating Role of Appraised Stress and Coping Strategies on Employee Adjustment in a Context of Job Mobility. *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 301-307.

Rascle, N. (2001). Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l'épuisement professionnel. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement* (p. 219-238), Paris, Dunod.

Rascle, N., et Bergugnat, L. (2008). *Le stress des enseignants*. Paris, Armand Colin.

Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M., et Sarason, I.G. (2005). Short form of Sarason's social support questionnaire : French adaptation and validation. *Psychological Reports*, 97 (1), 195-202.

Reblin, M., et Uchino, B.N. (2008). Social and emotional support and its implications for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 201-205.

Revenson, T.A., et DeLongis, A. (2011). Couples coping with chronic illness. In S. Folkman (éd.), The Oxford *Handbook of Stress, Health and Coping* (p. 101-123). Oxford, Blackwell Publishing.

Revenson, T.A., Kayser, K., et Bodenmann, G. (2005). *Couples coping with stress : Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington DC : American Psychological Association.

Reynaert C., Janne P., Bosly A., Lejeune D. (1995). From Health Locus of Control to Immune Control : Internal Locus of Control Has a Buffering Effect on Natural Killer Cell Activity Decrease in Major Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 294-300.

Rolland J.-P. (1998). *Manuel du CISS (Coping Inventory for Stressful Situation) de Endler et Parker (1990), adaptation française*. Paris, ECPA.

Rosenstiel A.K., Keefe F.J. (1983). The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients : Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

Rotter J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1, 1-28.

Sarason, I.G., Johnson, J., et Siegel, J. (1978). Assesssing the impact of life changes : Development of the Life Exepriences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., et Sarason, B.R. (1983). Assessing social support : The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality et Social Psychology*, 44 (1), 127-139.

Schwartz J.E., Neale J., Marco C., Shiffman S.S. (1999). Does Trait Coping Exist ? A Momentary Assessment Approach to the Evaluation of Traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 2, 360-369.

Schwarzer, R., et Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth : Proactive coping. In E. Frydenberger (éd.), *Beyond*

coping : Meeting goals, visions and challenges (p. 19-35). Londres, Oxford University Press.

Schwerdtfeger, A., Schmulke, S.C., Egloff, B. (2006). Avoidant coping, verbal autonomic response dissociation and pain tolerance. *Psychology and Health*, 21, 3, 367-382.

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.

Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.

Sifakis Y., Rascle N., Bruchon-Schweitzer M. (1999). L'inventaire de stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey) : une adaptation française. *Psychologie et Psychométrie*, 20, 1, 5-23.

Sparrenberger, F., Cichelero, F.T., Ascoli, A.M., Fonseca, F.P., Weiss, G., Berwanger, O., *et al.* (2009). Does psychosocial stress cause hypertension ? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23 (1), 12-19.

Spielberger, C.D. (1994). *Professional Manual for the Job Stress Survey (JSS)*, Odessa, Psychological Assessment Resources.

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B. *et al.* (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 875-882.

Stanton, A.L., Revenson, T.A., et Tennen, H. (2007). Health psychology : Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, vol. 58, p. 565-592.

Stein, N.L., Trabasso, T., et Liwag, M. (1993). The representation and organization of emotional experience. Unfolding the emotional episode. In M. Lewis et J. Haviland (éd.), *Handbook of Emotion* (p. 279-299). Guilford, New-York.

Steptoe, A., et Brydon, L. (2009). Emotional triggering of cardiac events. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33 (2), 63-70.

Stokes, J.P. (1983). Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology*, 11, 141-152.

Stone, A.A., et Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping : Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.

Stroebe, M., Schut, H., et Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement : A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9 (1), 48-66.

Suls, J., et Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies : A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.

Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Gosselin, M., et Audet, J. (1997). The assessment of diabetes-related cognitive and social factors : The multidimensional diabetes questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 (3), 291-312.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Tedeshi, C.L., Park, L.G., et Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic growth : Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes : where are we ? what next ? *Journal of Health et Social Behavior*, special issue, 143-160.

Thurin, J.M., et Bauman, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*. Paris, Flammarion.

Towbes, L.C., et Cohen, L.H. (1996). Chronic stress in the lives of college students : scale development and prospective prediction of distress. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (2), 199-217.

Treharne, G.J., Lyons, A.C., Booth, D.A., et Kitas, G.D. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis : Coping resources as buffers of perceived stress. *British Journal of Health Psychology*, 12 (3), 323-345.

Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Paris, Dunod.

Turner, R.J., Marino, F. (1994). Social Support and Social Structure : a Descriptive Epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193-213.

Uchino, B.N. (2006). Social support and health : A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.

Uchino, B.N., Holt-Lunstad, J., Smith, T.W., et Bloor, L. (2004). Heterogeneity in social networks : A comparison of different models linking relationships to psychological outcomes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (2), 123-139.

Untas, A. (2012). L'ajustement à la maladie. In S. Sultan et I. Varescon (éds.), *Psychologie de la santé* (p. 41-66). Paris, PUF.

Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., et Bruchon-Schweitzer, M. (2012). From the transactional model to a dyadic approach in health psychology. Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé, *Psychologie Française*, 57 (2), 97-110.

Untas, A., Rascle, N., Cosnefroy, O., Borteyrou, X., Saada, Y., et Koleck, M. (2011). Psychometric properties of the French adaptation of the Family Relationship Index (FRI). Qualités psychométriques de l'adaptation française du Family Relationship Index (FRI), *L'Encéphale*, 37 (2), 110-118.

Untas, A., Thumma, J., Rascle, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A., *et al.* (2011). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6 (1), 142-152.

Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Boston, Little Brown.

Valverde, E.E., Purcell, D.W., Waldrop-Valverde, D., Malow, R., Knowlton, A.R., Gomez, C.A., *et al.* (2007). Correlates of depression among HIV-positive women and men who inject drugs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46 (SUPPL. 2), S96-S100.

Van Heck G.L. (1997). Personality and Physical Health : towards an Ecological Approach to Health-Related Personality Research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

Vollrath, M., Torgersen, S., Alnaes, R. (1995). Personality as a Long-Term Predictor of Coping. *Personality and Individual Differences*, 18, 1, 117-125.

Wallston, K.A., Wallston, B.S., Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC). *Health Education Monographs*, 6, 160-170.

Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S., Dobbins, C.J. (1987). Perceived Control and Health. *Current Psychology Research and Review*, 6, 5-25.

Wallston, K.A., Stein, M.J., Smith, C.A. (1994). Form C of the MHLC Scales. A Condition Specific Measure of Locus of Control. *Journal of Personality Assessment*, 63, 3, 534-553.

Watanabe, S., Iwanaga, M., et Ozeki, Y. (2002). Effects on controllability and desire or control on coping and stress responses. *Japanese Journal of Health Psychology*, 15, 32-40.

Watson, D., Clark, L.A., Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their Relation to Anxiety and Depressive Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 3, 346-353.

Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988). Development of a Brief Measure of Positive and Negative Affect : the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 6, 1063-1070.

Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Bliss, J.M. (1999). Influence of Psychological Response on Survival in Breast Cancer : a Population-Based Cohort Study. *The Lancet*, 34, 1331-1336.

Watson, M., Matthew, L., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC : further Development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.

Williams, N.L. (2002). *The cognitive interactional model of appraisal and coping : Implications for anxiety and depression*. Fairfax, VA : Dissertation. George Mason University.

Wills, T.A., et Ainette, M.G. (2012). Social networks and social support. In A. Baum, T.A. Revenson et J. Singer (eds.), *Handbook of Health Psychology* (p. 465-492). Psychology Press.

Wills, T.A., Murry, V.M., Brody, G.H., Gibbons, F.X., Gerrard, M., Walker, C., *et al.* (2007). Ethnic pride and self-control related to protective and risk factors : Test of the theoretical model for the strong African American families program. *Health Psychology*, 26 (1), 50-59.

Winnubst, J.A.M., Buunk, B.P., Marcelissen, F.H.G. (1988). Social Support and Stress : Perspectives and Processes. In S. Fisher et J. Reason (eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York, Wiley, chap. 28, 511-528.

Yang, H.C., Brothers, B.M., et Andersen, B.L. (2008). Stress and quality of life in breast cancer recurrence : Moderation or mediation of coping ? *Annals of Behavioral Medicine*, 35 (2), 188-197.

Zhang, X., Norris, S.L., Gregg, E.W., et Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *The Diabetes Educator*, 33 (2), 273-281.

Chapitre 7

LES MODÈLES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ : UN ÉTAT DES LIEUX

Sommaire

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
5. Le modèle TIM et ses applications 537
Bibliographie 540

Nous avons vu au fil des chapitres de cet ouvrage que des modèles théoriques nombreux et relativement hétérogènes coexistent en psychologie de la santé. Certains sont spécifiques et visent à prédire des critères bien délimités (par exemple, l'adhésion à un traitement, l'adoption d'un comportement sain, l'issue d'un sevrage tabagique ; l'état fonctionnel d'un système particulier, l'initiation, la rémission ou la récidive d'une pathologie précise, etc.). D'autres sont très larges et ont pour objectif de prédire des issues de santé génériques (état fonctionnel, santé, qualité de vie, bien-être, morbidité, mortalité). Il existe essentiellement trois types de processus invoqués aujourd'hui pour expliquer comment les antécédents psychosociaux affectent la santé : sociocognitifs, psychobiologiques et transactionnels (voir ci-dessous). Les modèles correspondants diffèrent selon le contexte théorique qui les inspire, la nature des antécédents et des critères à prédire et les voies reliant leurs diverses composantes.

1. Les modèles sociocognitifs

Les modèles *sociocognitifs* proposent des mécanismes menant à l'adoption de comportements sains ou à l'abandon de comportements à risque, mais ne visent pas forcément à prédire la santé comme étape ultime. Ils incluent le plus souvent des antécédents issus du champ de la cognition sociale (normes, attitudes, croyances…). Ils ont été décrits dans cet ouvrage (modèles HBM, TCP, TTM, HAPA, etc.) (voir *supra*, chap. 5, § 4). Ces modèles incluent des variables prédisant les *intentions* de changer de comportement et parfois celles ayant un effet sur les *changements* effectifs de comportement.

Quelques reproches furent formulés à leur encontre. Le premier concernait leur faible prédictivité vis-à-vis de l'adoption de nouveaux comportements et le *fossé* entre intentions et comportements. D'après plusieurs exemples donnés au chapitre 4, l'ensemble des variables de ces modèles arrive à prédire environ 70 % de la variance des intentions, mais seulement 20 % de la variance des changements comportementaux. Ces résultats étaient peut-être dus au fait que certaines variables importantes ne figuraient pas dans ces modèles, au moins au départ.

En effet, ces modèles, s'ils prenaient en compte des représentations sociales (normes, croyances, ressources, etc.), n'incluaient pas les déterminants sociaux objectifs (catégorie sociale, ethnie, profession, statut socio-économique, etc.) affectant ces représentations (voir *supra*

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

chap. 2). En outre, les facteurs de personnalité y occupaient souvent une place secondaire. On trouvait rarement dans les premiers modèles des émotions et processus transactionnels dont on sait qu'ils facilitent (coping vigilant) ou freinent (coping évitant) l'adoption de comportements sains.

Aujourd'hui la plupart des modèles sociocognitifs ont été complétés, incluant des caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, niveau d'études), des facteurs de personnalité (auto-efficacité, contrôle et optimisme), ainsi que des processus transactionnels (contrôle perçu, coping proactif, coping planifié) et des mécanismes d'autorégulation comprenant des représentations et des émotions. Certains auteurs, comme Schwarzer (2008), ont inclus dans leur modèle (modèle HAPA) des processus transactionnels favorisant le passage de l'intention au comportement (comme, par exemple, la planification).

Certains modèles comme celui de l'auto-régulation de Leventhal ont permis de mieux comprendre les relations entre les croyances relatives à la santé et la maladie, certains états émotionnels, l'engagement dans des comportements sains (*self-care*, adhésion thérapeutique) et des issues fonctionnelles (*i. e.* la reprise du travail). Ces évolutions ont permis de réduire le fossé entre intentions et comportements et ont amélioré le pouvoir prédictif des modèles. De plus certains d'entre eux, impliquant des séquences successives, ont permis d'élaborer des interventions visant à faciliter certaines étapes (passer des intentions aux actes, par exemple).

2. Les modèles biopsychosociaux

Depuis le modèle biopsychosocial de Engel (1980) jusqu'aux développements récents de la psycho-neuro-endocrino-immunologie, plusieurs modèles ont suggéré des voies biopsychosociales par lesquelles certains antécédents sociaux et dispositionnels et certains processus transactionnels pouvaient affecter le fonctionnement de divers systèmes physiologiques, dont les dérégulations pourraient avoir un impact sur l'initiation et la progression de pathologies émotionnelles et physiques (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002a ; 2002b, 2009).

Dans le chapitre 3, nous avons décrit des caractéristiques de personnalité (type A, type D, hostilité, dépression, impuissance-désespoir et affectivité négative) dont le point commun est d'être associées à des états négatifs durables entraînant l'activation de l'axe sympathique et

de l'axe corticotrope, ainsi qu'une élévation du taux d'hormones de stress (catécholamines, cortisol) induisant des réactions en cascade, dont des dérégulations neuro-endocrino-immunitaires qui à leur tour provoqueraient des réactions inflammatoires et des altérations endothéliales (type D, hostilité, dépression), pouvant accélérer la progression des tumeurs (type C) et diminuer la résistance aux infections (affectivité négative).

Divers facteurs sociaux (événements et conditions de vie) conjugués à des facteurs individuels (stress intense, contrôle ou soutien social faibles, dépression, impuissance, etc.) semblent induire des altérations du fonctionnement endocrinien et immunitaire, qui affectent la genèse et l'évolution de certaines maladies infectieuses, prolifératives et auto-immunes. Certains chaînons de ces modèles ont été testés chez l'homme et l'animal : les résultats, encore partiels, sont très encourageants (Argaman *et al.*, 2005 ; Antoni *et al.*, 2006 ; Lutgendorf *et al.*, 2011 ; Thaker *et al.*, 2008). Les processus inflammatoires, en relation bidirectionnelle avec les états dépressifs, sont impliqués dans des problèmes de santé variés : maladies cardio-vasculaires, diabète de type II, syndrome métabolique et obésité (Jaremka, Lindgren, Kiecolt-Glaser, 2013).

À l'inverse, les facteurs salutogènes évoqués dans le chapitre 4 (optimisme, contrôle, affectivité positive, etc.) induisent des états agréables (maîtrise perçue, sérénité) associés à une moindre activation des axes sympathique et corticotrope (taux faible de catécholamines et de cortisol), du système cardio-vasculaire, à moins d'activité inflammatoire et à des défenses immunitaires plus efficaces (Chida et Steptoe, 2009 ; Ferguson, 2013). Il reste encore beaucoup à découvrir quant aux mécanismes selon lesquels des caractéristiques et processus psychosociaux ont un impact sur la santé. Une autre voie de recherche innovante concerne les facteurs génétiques, environnementaux et leurs interactions, qui pourraient affecter à la fois les caractéristiques psychosociales et certaines issues de santé (Chapman *et al.*, 2011 ; Eaton *et al.*, 2012).

3. Le modèle transactionnel classique et ses évolutions

Nous rappellerons ce que le modèle *transactionnel* classique a apporté de nouveau, la façon dont il a évolué et les critiques dont il a fait l'objet. La publication de *Stress, Appraisal and Coping* (Lazarus et Folkman, 1984)

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

a stimulé de très nombreuses recherches depuis les années 1980 (cet ouvrage a été cité dans plus de cent mille publications). Ces auteurs, cherchant à identifier les facteurs expliquant pourquoi certains individus s'ajustaient plus ou moins bien aux événements stressants de la vie, ont découvert le rôle de certains *processus transactionnels* (voir *supra*, figure 6.1, p. 435).

L'événement stressant le plus étudié fut d'abord le fait d'être malade et ses conséquences (examens, diagnostics, traitements, pronostic…). On se demanda quels processus transactionnels optimisaient la qualité de vie ultérieure des patients. Puis on mena des études en population générale, afin d'étudier l'impact des événements aigus (deuil, perte d'emploi, accident, divorce…) et chroniques (stress familial, professionnel, bruit, pauvreté, conflits…) sur diverses issues adaptatives. La moisson de résultats concernant le rôle et l'impact des composantes du modèle transactionnel sur des issues physiques, mentales ou sociales et sur d'autres critères d'ajustement est considérable.

Si le modèle transactionnel et la notion de coping ont suscité un engouement indéniable, ce domaine a suscité de nombreuses critiques : rareté des études robustes, hétérogénéité des nomenclatures, fossé entre recherches et applications, critères d'efficacité discutables (Somerfield et McCrae, 2000). Les échelles de coping se sont multipliées, dont plusieurs présentaient des faiblesses (validité de contenu ; biais associés au rappel ; confusion entre coping, évaluations et issues). Le coping est censé comprendre deux méta-stratégies (coping/problème et coping/émotion) ; pourtant, les dimensions issues des études empiriques sont hétérogènes et ne se regroupent pas toujours ainsi[1]. De plus, la structure factorielle du coping varie selon les situations, les consignes et les échantillons (même en utilisant le même outil).

La notion de coping a été complétée, révisée, améliorée et une place croissante a été donnée aux émotions positives (Folkman, 2008). De nouvelles dimensions du coping ont été décrites : coping proactif, dyadique, spirituel ou religieux, par exemple. Ce dernier apparaît dans des études menées sur des patients atteints de maladies sévères et/ou durables (cancers, infections par le VIH). Malgré ces progrès, la notion de coping pose encore des problèmes au niveau théorique et méthodologique, ainsi que dans ses applications cliniques (Coyne et Racioppo, 2000).

1. Le coping évitant, la recherche de soutien social et la restructuration cognitive ne sont pas toujours classés dans la même méta-stratégie.

En outre, le modèle classique stress-coping est incomplet. La séquence stress-coping comprend surtout des processus de nature psychologique ; or ces processus sont étroitement liés au fonctionnement de certains systèmes physiologiques (Carver et Vargas, 2011, voir *supra*, figure 6.6, p. 506). De plus, ce modèle prédit essentiellement des issues émotionnelles ; ce qui intéresse la psychologie de la santé est de découvrir les facteurs affectant la santé au sens large : psychologique, mais aussi physique, sociale, etc. (voir figure 1.2, chap. 1, p. 45). Enfin, le modèle transactionnel classique propose comme antécédents les ressources personnelles et sociales ; nous avons vu dans cet ouvrage à quel point les déterminants sociaux (chap. 2) et dispositionnels (chap. 3 et 4) de la santé sont beaucoup plus nombreux, précis et variés. Les facteurs de personnalité du modèle FFM par exemple prédisent chacun des stratégies de coping spécifiques (Connor-Smith et Flachsbart, 2007).

En résumé, les modèles sociocognitifs, s'intéressant aux chemins menant à l'adoption des comportements de santé, incluent surtout des variables cognitives et comportementales. Les modèles transactionnels cherchant à prédire des issues émotionnelles (bien-être, bonheur, satisfaction), comprennent surtout des processus psychosociaux (perceptions, émotions, comportements). Les modèles biopsychosociaux, centrés sur les mécanismes expliquant les différences de morbidité et de mortalité, invoquent les dérégulations de divers systèmes. On peut se demander si un même modèle pourrait intégrer ces facteurs et permettre une mise à l'épreuve des chemins hypothétiques impliqués dans la genèse des diverses issues de santé.

4. Un modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (modèle TIM)

On a reproché au modèle transactionnel classique d'être trop centré sur les processus stress-coping (expliquant un pourcentage modeste de la variance des issues), de sous-estimer l'importance des antécédents sociaux et dispositionnels (réduits à de simples ressources) et de chercher à prédire des issues uniquement émotionnelles. Dans la mesure où ces processus jouent un rôle médiateur très important entre antécédents et issues, nous proposons de les considérer comme les *maillons d'une chaîne d'imputations causales complexes* et d'y ajouter tout ce qui les précède (antécédents environnementaux, sociaux, dispositionnels, biomédicaux) et tout ce qui les suit (critères d'ajustement variés).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

4.1 Le modèle TIM

Nous avons élaboré un modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel à partir d'une synthèse de la littérature internationale stress-coping des années 1970 à 2000 (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2001 ; 2002a ; 2002b ; Koleck, Bruchon-Schweitzer et Bourgeois, 2003 ; Untas, Koleck, Rascle et Bruchon-Schweitzer, 2012), complétée par les centaines de publications récentes consultées pour élaborer le présent ouvrage. Ce modèle a suscité des études menées sur des patients cancéreux (poumon, sein), douloureux (lombalgiques, arthritiques), traumatisés médullaires, dialysés, diabétiques et infectés (VIH, hépatite C) et sur des populations en situation de stress chronique (étudiants, enseignants, personnels soignants, aidants familiaux, chômeurs, médecins, soignants, dentistes, chômeurs, militaires, etc.).

Le modèle TIM qui en résulte est présenté ci-joint (figure 7.1). Nous espérons qu'il apportera à cet ouvrage une certaine *cohérence* d'ensemble, toutes les notions présentées dans celui-ci y ayant leur place et un rôle à jouer. Il est *transactionnel* car il inclut les principaux processus élaborés pour faire face aux situations aversives : stress, contrôle, soutien, coping (voir *infra*, chap. 6) et il inclut les apports des *modèles sociocognitifs*, notamment des représentations de la santé et de la maladie dont les effets sur les comportements de santé ont été largement établis (voir *infra*, chap. 5). Nous l'avons complété par ce qui les précède, les déterminants sociaux de la santé (voir *infra*, chap. 2) et les antécédents dispositionnels (voir *infra*, chap. 3 et 4), ainsi que par ce qui les suit, issues favorables (santé, bien-être, qualité de vie, etc.) et défavorables (initiation et évolution d'une pathologie, mortalité, etc.), voir *infra* chap. 1. Il est *intégratif* parce qu'il inclut des composantes de nature différente (psychologique, sociale, économique, médicale, biologique, etc.) et *multifactoriel* car il comprend des facteurs ayant des fonctions différentes (prédicteurs, transactions, critères).

Les issues à prédire sont représentes dans la 3e colonne du modèle, les antécédents sociaux et dispositionnels dans la 1è colonne, les processus médiateurs, cognitifs, biopsychosociaux et transactionnels dans la 2è colonne (voir figure 7.1).

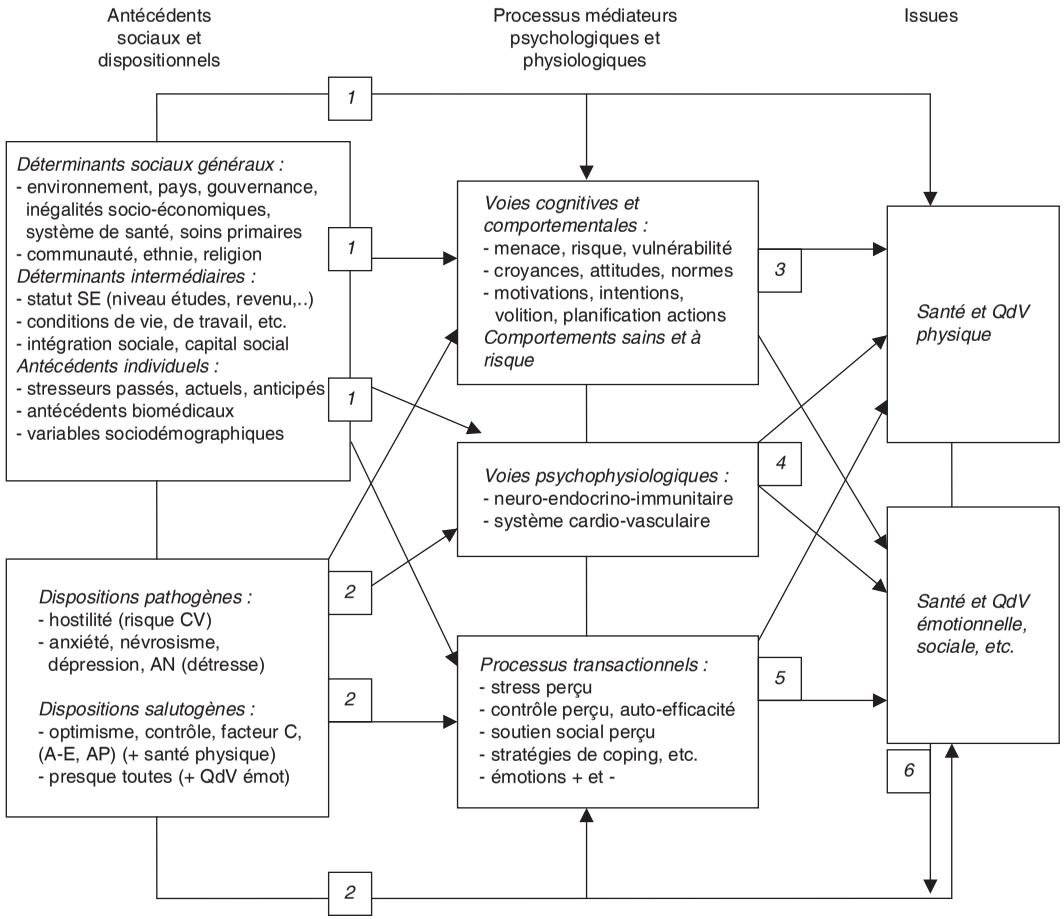


Figure *7.1 - Un modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (TIM) pour la psychologie de la santé (pour des raisons de clarté, toutes les relations ne sont pas représentées et seules figurent les issues fonctionnelles)*

4.2 Les issues à prédire

On distingue généralement la qualité de vie émotionnelle et la qualité de vie physique, mais ces deux aspects peuvent interagir. Les issues peuvent être globales (qualité de vie, bien-être), subdivisées en domaines (santé physique, mentale, sociale, etc.) ou plus spécifiques ; elles peuvent être auto ou hétéro-évaluées (voir *supra*, chap. 1) et sont à adapter aux particularités de chaque étude. Chez des patients, on cherche en général à prédire le bien-être, la qualité de vie, les limitations fonctionnelles, l'évolution d'une pathologie, etc. En population générale, les issues, très diverses, peuvent être favorables (santé, qualité de vie, bien-être, satisfaction globale ou spécifique ; réussite académique, sportive, professionnelle, etc.) ou défavorables (détresse, insatisfaction professionnelle, *burnout*, symptômes dépressifs, échec académique, troubles alimentaires, addictions, accidents, maladies, etc.).

Le modèle TIM, flexible, peut convenir à la prédiction de critères fort différents. Il permet l'étude de facteurs *de risque* (initiation d'une pathologie) et *de pronostic* (évolution d'une pathologie). Très général, il doit être *spécifié* selon les caractéristiques de chaque étude (situation, échantillon, issues à prédire), le choix des antécédents et processus médiateurs étant déduit des résultats des recherches (et/ou d'attentes théoriques). Si l'issue est par exemple la réussite d'un traitement, on y intégrera des variables socio-cognitives (vulnérabilité perçue, risques encourus, effets perçus du traitement, de ses coûts et bénéfices) ainsi que l'adhésion thérapeutique des patients. Ce modèle pouvant être utilisé pour des études transversales, est particulièrement adapté aux études longitudinales : il comprend trois séquences temporelles successives correspondant aux trois colonnes du modèle (antécédents → processus médiateurs → issues) avec des rétroactions possibles (*flèche 6* du modèle).

4.3 Antécédents sociaux

Les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2011a), situés en amont peuvent être distaux, intermédiaires ou individualisés. Ils peuvent être *généraux* (environnement, pays, gouvernance, système de santé, soins primaires, inégalités socio-économiques), *intermédiaires* (communauté, ethnie, religion, statut socio-économique, conditions de vie, de travail, accès à l'eau potable, habitat, etc.) ou *individuels* (événements de vie passés, actuels, anticipés ; antécédents biomédicaux et sociodémographiques : âge, sexe, vie maritale, enfants). Les effets de ces divers déterminants sociaux sur les issues de santé peuvent être directs

(par exemple, eau non potable → maladies infectieuses ou parasitaires ; chômage de longue durée → état dépressif) ou indirects, et transiter par divers processus médiateurs (cognitifs, comportementaux, transactionnels, physiologiques) : ces effets (*flèches 1,* figure 7.1) ont été décrits en détail dans le chapitre 2 de cet ouvrage.

Les déterminants généraux et intermédiaires sont en principe les mêmes pour tous les membres d'un groupe social. Certains d'entre eux (statut socio-économique, ethnie, niveau d'études, statut professionnel, conditions de vie, conditions de travail, habitat…) correspondant à une stratification sociale, peuvent induire d'importantes disparités entre les catégories sociales d'un même pays, et avoir des effets différentiels sur la santé. Un statut social inférieur est associé par exemple à un état de stress chronique et à l'activation permanente de divers systèmes physiologiques, ce qui accroît le risque de développer diverses pathologies (Ghaed *et al.*, 2007). Certains de ces déterminants, comme l'intégration sociale (quantité et qualité des liens avec pairs, collègues, amis, famille, etc.), peuvent jouer un rôle protecteur (Holt-Lundstadt *et al.*, 2010). Le fait d'insérer dans un modèle certains de ces déterminants (s'ils sont pertinents pour une étude donnée) ne peut qu'améliorer son pouvoir prédictif.

En ce qui concerne les *antécédents sociaux individuels,* qui correspondent à l'histoire des individus, ils n'ont pas été décrits en détail dans le présent ouvrage et nous renvoyons le lecteur à la synthèse de Bruchon-Schweitzer (2002, p. 125-156). On trouvera aussi dans Gorman et Ghazal Read (2006) un rappel des relations entre sexe et santé et une analyse du paradoxe mortalité-morbidité (les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais sont en moins bonne santé perçue et objective). Quant aux relations entre âge et santé, on pourra consulter Stephens et Flick (2010). Sur la notion de *vieillissement réussi* et sur la préservation des ressources chez le sujet âgé, voir Aguerre et Bouffard (2003) et Aguerre (2011).

4.4 Les antécédents dispositionnels[1]

Certaines dispositions sont des *facteurs de vulnérabilité* (voir *supra*, chap. 3). L'hostilité est impliquée dans les pathologies cardio-vasculaires ; l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'affectivité négative induisent

1. On doit ajouter à ces dispositions l'effet protecteur complémentaire de certaines compétences (niveau intellectuel, intelligence émotionnelle, santé mentale), effet évoqué très rapidement à la fin du chapitre 4.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

essentiellement de la détresse émotionnelle. Ces dimensions ont des effets surtout indirects (fig. 7.1, flèche 2) : interactions avec certains aspects du contexte ou avec d'autres dispositions ; effets transitant par des représentations de santé et comportements à risque, par des voies physiologiques ou par des processus transactionnels qui, à leur tour, affectent les issues de santé. Dans une étude menée sur deux cents médecins généralistes, par exemple, l'impatience (échelle de type A de Bortner) amplifie le stress professionnel perçu, qui à son tour, amplifie l'épuisement professionnel (Koleck *et al.*, 2000). Une estime de soi faible et une forte hostilité, évaluées à la rentrée chez cinq cent cinquante-six étudiants de première année augmentent le stress perçu et le recours à un coping émotionnel, processus qui à leur tour accroissent l'état dépressif évalué en fin d'année (Boujut, Bruchon-Schweitzer et Bourgeois, 2009).

Certaines dimensions de la personnalité ont des effets protecteurs (voir *supra*, chap. 4). L'optimisme, l'internalité, le facteur C (et peut-être l'affectivité positive et l'auto-efficacité, ce qui reste à confirmer) sont associés à un risque moindre de morbidité et de mortalité. Ces effets peuvent être directs, vis-à-vis d'issues émotionnelles notamment. Dans une étude menée sur quatre cent quarante enseignants du premier degré par Laugaa *et al*. (2008), l'auto-efficacité (mesurée à la rentrée) a par exemple des effets protecteurs directs sur les trois facettes du *burnout* évalué en fin d'année (le modèle TIM adopté prédit 40 % de la variance de ce critère). Les effets bénéfiques de ces dimensions sont surtout indirects (voir *supra*, chap. 4, § 9). Ils transitent par des voies transactionnelles (moins de stress perçu, plus de contrôle perçu, etc.)[1], des voies cognitives et comportementales (moindre vulnérabilité perçue, passage intentions-actions et adoption de comportements sains facilités, etc.) et par des voies physiologiques (diminution des hormones de stress, de l'activité inflammatoire, augmentation des défenses immunitaires).

4.5 Les processus médiateurs

Ils sont de trois types. Souvent influencés par les antécédents qui les précèdent, ces processus affectent à leur tour les issues de santé ; ils

1. D'après la méta-analyse (33 094 participants, 2 653 tailles d'effet) de Connor-Smith et Flachsbart (2007) les dimensions de la personnalité ont un effet spécifique modéré mais significatif sur le choix d'une stratégie de coping (les facteurs E et C prédisent des stratégies actives, le facteur N des stratégies émotionnelles, etc.).

peuvent aussi interagir entre eux (nous avons par exemple décrit les effets du stress perçu, du contrôle perçu et du coping sur la dérégulation de plusieurs systèmes physiologiques) (voir *supra*, chap. 6).

Nous avons consacré le chapitre 5 aux *voies cognitives et comportementales* impliquant diverses représentations de la santé, précurseurs des comportements sains et à risques, ainsi que leurs effets sur les issues de santé (*flèche 3*) ; ces effets ont été évoqués également dans certaines discussions (chap. 3 à 5). Ces variables socio-cognitives ont tout à fait leur place dans le modèle TIM. Nous avons vu dans cet ouvrage que certains aspects de la personnalité (*i. e.* scores faibles d'hostilité, scores élevés d'optimisme) et certains processus transactionnels (fort soutien social perçu, coping centré sur le problème) favorisent l'adoption de comportements sains et l'adhésion à un traitement par exemple.

Quant aux *voies biopsychosociales* par lesquelles les antécédents et processus médiateurs pourraient avoir des effets directs et indirects sur la santé (*flèche 4*), nous les avons évoquées à plusieurs reprises à propos des effets des déterminants sociaux, des dimensions de la personnalité et des processus transactionnels (voir par exemple la figure 4.2 sur les effets de l'affectivité positive et la figure 6.6. à propos des effets du stress et du coping).

Nous avons longuement détaillé dans cet ouvrage (voir *supra*, chap.6) les *voies transactionnelles* par lesquelles les effets des antécédents peuvent affecter indirectement les issues de santé (*flèche 5*). Si les antécédents ne sont guère modifiables, on peut en revanche modifier notablement les processus cognitifs et transactionnels lors d'interventions ciblées. On connaît relativement bien les effets de ces processus sur la santé et la qualité de vie ; si les effets nocifs du stress perçu et les effets bénéfiques du contrôle (et de l'auto-efficacité induite) sont bien établis, ceux du soutien social et des stratégies de coping ne sont pas univoques et dépendent souvent d'autres facteurs (caractéristiques du contexte par exemple).

5. Le modèle TIM et ses applications

5.1 Application du modèle à des interventions

Par définition, des antécédents sont peu modifiables. Le modèle TIM peut suggérer des interventions, celles-ci ne pourraient intervenir que sur des processus dont l'impact a été très largement établi. Le soutien

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

social a, par exemple, des effets généralement, bénéfiques[1]. Certaines interventions psychosociales menées auprès de patients consistent à leur procurer du soutien et à les encourager à en rechercher (amis, famille, autres patients). Une meilleure adhésion thérapeutique et une évolution plus favorable de la maladie ont été observées chez les patients séropositifs concernés par ces interventions (Simoni, Frick et Bu Huang, 2006). Cousson-Gélie *et al*. (2011) ont mené des interventions auprès de patients cancéreux s'inspirant du modèle TIM et des résultats antérieurs. De telles interventions, destinées à renforcer les processus protecteurs et à atténuer ceux qui sont nocifs, doivent être construites ainsi, d'après les résultats de la recherche[2].

En général, les processus transactionnels ont des effets conformes aux prédictions. Dans une étude (s'inspirant du modèle TIM) concernant cent soixante parents d'enfants autistes, ceux utilisant un coping émotionnel sont en effet plus stressés et ressentent plus de culpabilité que les parents n'y recourant pas (Cappe, Wolff, Bobet et Adrien, 2011). Cependant, il arrive que les stratégies de coping aient des effets opposés aux attentes : un coping actif, généralement bénéfique, peut s'avérer parfois nocif. Un coping centré sur le problème prédit par exemple une moins bonne qualité de vie à moyen terme chez des patientes traitées pour des cancers du sein (Cousson-Gélie, 2000 ; Lelorain, Tessier, Florin et Bonnaud-Antignac, 2011). Il est sans doute décourageant pour des patientes actives (recherche d'informations, adhésion thérapeutique) de ne pas constater d'amélioration tangible de leur état. On peut donc en croyant « bien faire » nuire gravement aux personnes auxquelles sont destinées ces interventions, celles-ci devant s'appuyer sur des résultats solidement établis.

5.2 Applications du modèle TIM à la recherche

Plusieurs études citées dans l'édition précédente de cet ouvrage ont vérifié la compatibilité du modèle TIM ou de certaines de ses séquences avec les résultats empiriques (souvent par des SEM). Dans leur ensemble, elles ont montré qu'il prédit modestement la santé fonctionnelle (jusqu'à 20 % de variance expliquée) et assez bien la santé émotionnelle (jusqu'à

1. Certaines études s'inspirant du modèle TIM ont montré que les effets bénéfiques du soutien social perçu vont de l'augmentation de la satisfaction et de la performance professionnelle d'employés (Rascle, 2000) à l'évolution favorable de la maladie à 18 mois chez des sujets séropositifs (Bidan-Fortier, 2001).

2. Nous avons décrit au fil des chapitres certaines interventions menées auprès de groupes de patients pour renforcer par exemple leur auto-efficacité perçue ou réduire leur hostilité.

60 % de variance expliquée). Depuis 2002, diverses études françaises ont testé le modèle TIM sur des populations cliniques (Jadoulle *et al.*, 2006 ; Cousson-Gélie *et al.*, 2007 ; Cousson-Gélie *et al.*, 2011 ; Koleck, Mazaux, Rascle *et al.*, 2006 ; Lelorain *et al.*, 2011)[1] et sur des populations tout venant, afin de prédire la réussite académique des étudiants et leur santé mentale (Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2007 ; Boujut et Bruchon-Schweitzer, 2009), le *burnout* des enseignants (Laugaa et al., 2005 ; 2008) et la qualité de vie de parents d'enfants autistes (Cappe *et al.*, 2011).

5.3 Critiques et perspectives

Ce modèle convient particulièrement à la recherche, mais il est très général. Certains auteurs reconnaissent son intérêt et sa flexibilité (il peut s'adapter à des études et à des domaines très différents), mais ils objectent qu'un tel modèle comprend beaucoup de variables ce qui implique de si nombreuses hypothèses qu'il semble difficile de les mettre à l'épreuve par des techniques comme les SEM (Lourel, 2006). De plus, toutes les variables pertinentes pour prédire la santé et la qualité de vie n'ont probablement pas encore été identifiées (Chabrol *et al.*, 2004). Avant de tester un tel modèle, il serait utile de repérer au préalable, par divers procédés (régressions multiples par exemple), les variables ayant les relations les plus significatives avec les issues. Une telle présélection des variables permettrait d'aboutir à un modèle plus parcimonieux (huit à douze variables par exemple) et donc plus facilement testable.

Si les résultats obtenus à partir du modèle transactionnel précédent (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 92) ont été relativement satisfaisants, son pouvoir prédictif, vis-à-vis de la qualité de vie physique notamment s'est avéré modeste. Le fait d'y ajouter des voies et des variables cognitives, comportementales et biologiques permettra sans doute de l'améliorer. La construction d'un modèle adéquat pour une étude donnée (élaboration des protocoles, choix et mesure des paramètres) nécessitera la collaboration de chercheurs issus de domaines différents (sciences sociales, sciences cognitives, sciences de la santé, santé publique, épidémiologie, biologie, neurosciences, etc.).

1. Dans une étude rétrospective, menée sur trois cents femmes traitées pour un cancer du sein (5 à 15 ans auparavant), on a évalué l'âge (au diagnostic), le type de traitement, la personnalité (affectivité négative, affectivité positive, optimisme) et des processus transactionnels (soutien social perçu, coping). Le modèle TIM rend compte de 50 % de la variance de la QdV émotionnelle, avec de très bons paramètres d'ajustement (Lelorain *et al.*, 2011).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Bibliographie

Aguerre, C. (2011). La résilience assistée au service du vieillissement réussi, in S. Ionescu (éd.), *Traité de resilience assistée*. Paris, PUF, p. 383-421.

Aguerre, C. et Bouffard, L. (2003). Le vieillissement réussi : théories, recherches et applications cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24, 3, 107-129.

Antoni, M.H. *et al*. (2006). The Influence of Bio-Behavioural Factors on Tumour Biology : Pathways and Mechanisms, Nature Reviews. *Cancer*, 6, 3, 240-248.

Argaman, M., Gidron, Y., Ariad, S. (2005). Interleukin-l May Link Helplessness-Hopelessness with Cancer Progression : A Proposed Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 3,161-170.

Bidan-Fortier, C. (2001). L'évolution différentielle de l'infection par le VIH. In M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard (éds.), *Personnalité et maladies. Stress coping et ajustement*. Paris, Dunod, chap. 8, p. 157-177.

Boujut, E. et Bruchon-Schweitzer, M. (2007). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 36, 2, 157-177.

Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M. et Bourgeois, M.L. (2009). La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte d'étudiants en première année d'université. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 9, 662-668.

Bruchon-Schweitzer (2002a). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002b). Un modèle intégratif en psychologie de la santé, in G.N. Fischer (éd.). *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, chap. 2 (p. 47-71).

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

Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., Adrien, J.-L. (2011). Quality of life : a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20, 1279-1294.

Chapman, B.P., Roberts, B., Duberstein, P. (2011). Personality and Longevity : Knowns, Unknowns, and Implications for Public Health and Personnalized Medicine. *Journal of Aging Research*, 2011, ID 759170, 24 pages.

Chida YC, Steptoe A. (2008). Positive psychological well-being and mortality : A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 7, 741-756.

Connor-Smith, J.K., Flachsbart, C. (2007). Relations Between Personality and Coping : A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 6, 1080-1107.

Cousson-Gélie, F. (2000). Breast cancer, coping and quality of life : a semi-prospective study. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée,* 50, 3, 315-320.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J.M. Jutand, M.A. (2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer ? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics*, 48, 211-216.

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and Quality of Life of breast cancer patients. *Psychological Reports*, 108, 3, 923-942.

Coyne, J.C., Racciopo, M. (2000). Never the twain shall meet ? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.

Eaton, N.R., Krueger, R.F., South, S.C., Gruenewald, T.L., Seeman, T.E., Roberts, B.W. (2012). Genes, Environments, Personality, and Successful Aging : Toward a Comprehensive Developmental Model in Later Life. *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, 67 A, 5, 480-488.

Ferguson, E. (2013). Personality is of central concern to understand health : towards a theoretical model for Health Psychology. *Health Psychology Review*, 7, suppl. 1, S32-S70.

Ghaed, S.G., Gallo, L.C. (2007). Subjective Social Status, Objective Socioeconomic Status, and Cardiovascular Risk in Women. *Health Psychology*, 26, 6, 668-674.

Gorman, B.K., Ghazal Read, J. (2006). Gender disparities in adult health : an examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 95-110.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010) Social Relationships and Mortality Risk : A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7, 7.

Jadoulle, V., Rokbani, L. , Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M., Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer : a six-month prospective study. *Bulletin of Cancer*, 93, 7, E67-72.

Jaremka, L.M., Lindgren, M.E., Kiecolt-Glaser, J.K. (2013). Depression and troubled relationships : insights from psychoneuroimmunology. *Depression and Anxiety*, 30, 288-296.

Kiecolt-Glaser, J.K. (2009). Psychoneuroimmunology Psychology's Gateway to the biomedical future. *Perspectives in Social Sciences*, 4, 4, 367-369.

Kiecolt-Glaser, J.K. McGuire, L., Robles, T.F. (2002a). Psychoneuroimmunology : Psychological Influences on Immune Function and Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 3, 537-547.

Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., Glaser, R. (2002b). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine : Back to the Future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiébaut, E., Dumartin, N., Sifakis, Y. (2000). Job stress, coping and *burnout* among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 309-314.

Koleck, M., Mazaux, J.M., Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain : A prospective study. *European Journal of Pain*, 10, 1-11.

Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Bourgeois, M. (2003). Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 809-815.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Laugaa, D., Bruchon-Schweitzer, M. (2005). Construction et validation d'une échelle de stress spécifique pour les enseignants en école primaire. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 34 (4), 499-519.

Laugaa, D., Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and *burnout* among French elementary school teachers : A transactional approach. *European Review of Applied Psychology*, 58 (4), 241-251.

Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., et Bonnaud-Antignac, A. (2011). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors : relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17, 5, 627-639.

Lourel, M. (2006). Stress et santé : le rôle de la personnalité. Une présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en Soins Infirmiers*, 85, 2, 5-14.

Lutgendorf, S.K., Sood, A.K. (2011). Biobehavioral Factors and Cancer Progression : Physiological Pathways and Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 73, 9, 724-730.

Rascle, N. (2000). Testing the mediating role of appraised stress and coping strategies on employee adjustment in a context of job mobility. *European Review of Applied Psychology*, 50, 3, 301-307.

Somerfeld, M.R., Mc Crae, R.R., (2000). Stress and coping research. Methodological challenges, theorietical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 6, 620-625.

Stephens, C., Flick, U. (2010). Health and Ageing. Challenges for Health Psychology Research. *Journal of Health Psychology*, 15, 643-648.

Thaker, P.H., Sood, A.K. (2008). Neuroendocrine influences on cancer biology. *Seminars in Cancer Biology*, 18, 164-170.

Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie Française*, 57, 97-110.

Index des notions

A

actions internationales 112
addictions 231
adhésion thérapeutique 405
affectivité négative 251
affectivité positive 326
agressivité 219
alexithymie 229
anxiété 238
auto-efficacité 317
auto-régulation 396

B

biais de sélection initiale 168
bien-être 17
bonheur 12

C

cancers 215
colère 219
communauté 138
comportements de santé 399
contrôle 290
contrôle perçu 410, 448, 449
coping centré sur l'émotion 475
coping centré sur le problème 475
coping dyadique 499
coping planifié 500
coping proactif 501
couple 166

D

dépression 241
déterminants intermédiaires 88
déterminants sociaux de la santé 85, 170
déterminants sociaux intermédiaires 132
déterminants sociaux proximaux 144
déterminants structurels 87
dyade 166

E

échelles de coping 487
écosanté 90
endurance 303
environnement 89
environnement modifiable 91
espérance de vie 92
espérance de vie à la naissance (EV) 95
espérance de vie en bonne santé 99
évaluation du coping général 481

F

facteur C 336
flexibilité du coping 504

G

groupe de pairs 153

H

hostilité 219

I

impuissance apprise 284
inégalités d'accès aux soins 109
inégalités socio-économiques 125

M

milieu familial 155
modèle de sens commun 385
modèle en cinq facteurs (FFM) 334
modèles biopsychosociaux 528
modèles en continuum 404
modèles en stades 404
modèles sociocognitifs 399, 527
modèle transactionnel 435
modèle transactionnel classique 529
modèle transactionnel, intégratif et multifactoriel (modèle TIM) 531
morbidité 92
mortalité 92
mortalité infantile 93

N

névrosisme 234

O

optimisme 279

P

pathologies cardio-vasculaires 225
prises en charge psychosociales 227

Q

qualité de vie 37

R

représentations de la maladie 390
résilience 313
risque cardio-vasculaire 199

S

santé 24, 444
santé auto-évaluée 92, 100
satisfaction de la vie 15
sens de la cohérence (SOC) 306
soins primaires 106
soutien social 457
statut socio-économique 115
stratégies de coping 477, 493
stresseurs 439
stress perçu 437, 440
style attributionnel 284
systèmes de santé 106

T

type A 198, 199, 202
type B 199
type C 198, 209
type D 198, 204