

CHAPITRE 1 : **Qualité de vie**

E-LEARNING

Le plan du chapitre1 : Qualité de vie

Objectifs

1. Introduction	2
2. Définition de la qualité de vie.....	4
3. Origine du concept.....	5
4. Domaines de la qualité de vie.....	6
5. Approches et Conceptions de la qualité de vie.....	8
6. Mesures de la qualité de vie	11
7. Conclusion du chapitre.....	13

Liste bibliographique

Objectifs

À l'issue de ce chapitre, l'étudiant sera en mesure de comprendre la notion de qualité de vie, son origine conceptuelle, ainsi que ses principaux domaines (bien-être physique, mental, social et émotionnel). Il maîtrisera également les différentes approches et conceptions de la qualité de vie, tout en découvrant les outils et méthodes permettant de la mesurer efficacement

1- Introduction :

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). 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.

Caractère pluridisciplinaire:

➤ Les sciences économiques et politiques :

- *Dimension matérielle*: Ces disciplines ont traditionnellement mis l'accent sur les aspects matériels de la qualité de vie, tels que le niveau de vie, le pouvoir d'achat, l'accès aux biens et services.

- *Inégalités sociales*: Les économistes et les politologues se sont intéressés aux inégalités sociales et à leur impact sur la qualité de vie, en étudiant les corrélations entre le revenu, la richesse et le bien-être subjectif.

- *Politiques publiques*: Ces disciplines ont également exploré les politiques publiques susceptibles d'améliorer la qualité de vie, comme les politiques sociales, économiques et environnementales.

➤ La médecine :

- *Santé physique*: La médecine a longtemps été centrée sur la santé physique, en considérant la qualité de vie comme un indicateur de l'état de santé et de l'efficacité des traitements.

- *Qualité de vie liée à la santé*: Plus récemment, la médecine s'est intéressée à la qualité de vie liée à la santé (QVLS), qui prend en compte non seulement les aspects physiques, mais aussi les aspects psychologiques, sociaux et fonctionnels de la maladie.

- *Soins palliatifs*: Les soins palliatifs ont mis en évidence l'importance de la qualité de vie en fin de vie, en soulignant la nécessité d'accompagner les patients et leurs proches dans cette période difficile.

➤ Les sciences sociales :

-*sociologie*: Les sociologues ont étudié l'influence des facteurs sociaux et culturels sur la qualité de vie, tels que les relations sociales, les valeurs, les normes et les représentations sociales.

-*Psychologie*: Les psychologues se sont penchés sur le bien-être subjectif, c'est-à-dire la satisfaction de vivre et le sentiment de bonheur, comme des indicateurs clés de la qualité de vie.

-*Orthophonie* : Les orthophonistes, quant à eux, se concentrent sur les aspects liés à la communication et au langage. Ils évaluent l'impact des troubles de la communication sur la qualité de vie et proposent des interventions adaptées. Leur expertise est précieuse pour améliorer le bien-être des personnes confrontées à ces difficultés et contribue à faire progresser la recherche dans ce domaine.

- **Caractère pluridimensionnelle** : La qualité de vie peut être vérifiée selon plusieurs dimensions :

- *Santé physique* : Cela inclut l'état fonctionnel, l'autonomie et l'absence de douleur. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais comprend également un état de bien-être complet

- *Santé psychologique* : Cette dimension englobe le bien-être émotionnel, la gestion du stress et la satisfaction personnelle. Les individus affectent souvent leur qualité de vie en fonction de leur état mental et des défis psychologiques qu'ils rencontrent.

- *Relations sociales* : Les interactions avec la famille, les amis et la communauté jouent un rôle crucial dans la perception de la qualité de vie. La qualité des relations sociales peut influencer le soutien émotionnel et le sentiment d'appartenance

- *Niveau socio-économique* : Ce facteur inclut les ressources financières, l'accès à l'éducation et aux soins de santé, ainsi que les conditions de vie matérielles. Un niveau socio-économique élevé est souvent associé à une meilleure qualité de vie

- *Environnement* : L'environnement physique et social dans lequel une personne vit peut affecter sa qualité de vie. Cela inclut des éléments tels que la sécurité, l'accès à des espaces verts et la pollution

- **De l'individu à la collectivité : les multiples facettes de la qualité de vie**

-Niveau individuel: C'est le niveau le plus intuitif. On parle de la qualité de vie d'une personne en considérant ses perceptions, ses expériences et son bien-être subjectif au quotidien. Les facteurs influençant la qualité de vie d'un individu sont nombreux et variés : état de santé, relations sociales, environnement de vie, satisfaction professionnelle, etc.

-Niveau collectif: On peut également parler de la qualité de vie d'un groupe, d'une société ou d'un pays. Dans ce cas, il s'agit d'une évaluation plus large qui prend en compte des indicateurs socio-économiques, environnementaux et politiques. Par exemple, l'indice de développement humain (IDH) est un indicateur composite qui permet de comparer la qualité de vie entre différents pays en tenant compte de critères tels que la santé, l'éducation et le niveau de vie.

- **Évaluation de la qualité de vie :** L'évaluation de la qualité de vie peut se faire par différents moyens :

Auto-évaluations : Les individus jugent eux-mêmes leur qualité de vie en fonction de leurs perceptions personnelles.

Hétéro-évaluations : Des observateurs extérieurs, comme des professionnels de santé ou des chercheurs, évaluent la qualité de vie d'un individu.

Objectifs des mesures : Des indicateurs quantitatifs tels que l'indice de développement humain (IDH) ou des questionnaires standardisés permettent une évaluation plus systématique

2 -Définition de la qualité de vie :

La qualité de vie est le **bien-être ressenti** par l'individu dans les dimensions de la vie les plus importantes, il peut encore s'agir de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie agréable et/ou facile et/ou confortable.

La qualité de vie peut également être définie par rapport aux **besoins perçus par les individus** : si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée ; s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée.

Ci-dessous un exemple d'une liste des besoins dont la satisfaction est importante pour la qualité de vie :

- Alimentation, sommeil, activité, vie sexuelle, absence de douleur ;

- Logement, sécurité, stabilité ;
- Affection, amour, communication, sentiment de communauté, de filiation ;
- Curiosité, jeux, créativité, sentiment que la vie a un sens ;
- Identité, reconnaissance sociale, estime de soi, capacité de se réaliser.

De son côté, Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy & David (1989 : p.40) propose une autre définition de la QV : « La qualité de vie, à un moment donné, représente l'état **atteint par un individu dans la poursuite de ses buts organisés hiérarchiques** ».

Il existe beaucoup de définitions de la qualité de vie ; celle du WHOQOL Group (1994) semble la plus admise : (**Le WHOQOL Group** est un groupe de recherche international créé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1990. Son objectif principal est de développer et de valider des instruments de mesure de la qualité de vie) : 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** »

3 -Origine du mot qualité de vie :

L'expression « qualité de la vie » est relativement récente dans notre vocabulaire. Elle a fait une première apparition officielle en 1964, lors d'un discours présidentiel de London B. Johnson, pour sensibiliser au désarroi des plus démunis et à la détresse mondiale. Par la suite, cette nouvelle préoccupation pour la qualité de la vie des Américains a été reprise par les milieux scientifiques. Pour ce mouvement américain « d'indicateurs sociaux », la QV était évaluée par des indicateurs objectifs, majoritairement statistiques, et portait sur des groupes d'individus ou des types d'environnements. Par exemple, le revenu moyen, le pourcentage d'espace verts, le degré de pollution, etc., étaient des indices permettant d'établir une liste de classification des états et des villes aux États-Unis en regard de la QV offerte à leurs citoyens respectifs.

De plus, de grandes enquêtes, basées sur des échantillons dans des populations américaine, canadienne, australienne, ont été effectuées. Ces dernières mettent en lumière le côté subjectif de l'évaluation de la QV. En effet, cette évaluation est fondée sur l'appréciation des individus de leurs conditions de vie. Ces deux types d'enquêtes, basés sur les indicateurs sociaux et sur

les perceptions, soulignent une problématique quant au concept de QV à savoir le choix des critères d'évaluation: **critères objectifs en liens avec les caractéristiques de l'environnement et critères subjectifs reliés aux perceptions des individus.**

La **préoccupation pour la qualité de vie au travail** (QVT) est apparue dans les années 1970 en lien avec le développement de la théorie des organisations. Ce courant, influencé par les travaux de chercheurs comme Davis et Cherns (1975), vise à mieux comprendre comment les conditions de travail et l'organisation influencent le bien-être des employés ainsi que leur performance.

En 1978, l'engouement pour le concept de QV se fit sentir dans le domaine de la santé spécifiquement par la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être physique, émotionnel et social » (World Health Organization (WHO)). Les études, dans le domaine de la santé mentale à cette époque, étaient dirigées vers les conséquences néfastes de la désinstitutionalisation (*les cas psychiatriques se sont progressivement sortis des institutions spécialisées (comme les hôpitaux psychiatriques)*). Plus précisément, certains chercheurs se sont particulièrement intéressés aux diverses conditions de vie d'expatients psychiatriques (*des personnes qui ont déjà été soignées dans des services psychiatriques*) dans la communauté.

Au Québec, Aird et Amyot (1980) considèrent aussi que le défi actuel de la psychiatrie communautaire est d'offrir aux malades mentaux chroniques les conditions nécessaires à une véritable qualité de la vie.

L'étude de Bachrach et Lamb (1982) a examiné les concepts de **réadaptation**, de **guérison** et de **progrès** chez les patients souffrant de problèmes émotionnels sévères. Les auteurs ont constaté que pour les personnes ayant des troubles émotionnels graves, les notions de guérison et de réadaptation sont relativement limitées. Ces chercheurs suggèrent que l'humanisation des services devrait passer par l'amélioration de la qualité de vie, en offrant aux patients psychiatriques chroniques un environnement bienveillant et confortable, où ils peuvent progresser à leur propre rythme.

4- Les domaines de la qualité de vie :

4-1 Le domaine physique de la qualité de la vie :

La qualité de vie liée à la santé ne concerne pas le fonctionnement général des individus comme la qualité de vie globale, c'est une notion plus spécifique. 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 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).

4-2 Le domaine psychologique de la qualité de vie :

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).

4-3 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.).

Il est 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 comorbidités entre pathologies physiques et mentales sont assez fréquentes.

4-4 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 concernant 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 définie 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.

5- Approches et Conceptions de la qualité de vie :

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.

5-1 Conceptions objectives de la qualité de vie :

Jusqu'aux années 1960, la qualité de vie des nations était principalement évaluée par des indicateurs économiques objectifs comme le taux de pauvreté ou le PIB (Produit Intérieur Brut). Par la suite, l'accent a été mis sur le bien-être des populations, avec des indicateurs tels que l'espérance de vie, la mortalité infantile et la pollution. Dans les années 1980, l'école scandinave (Drenowski, Erikson, Uusilato) s'est concentrée exclusivement sur ces indicateurs de bien-être, à la fois au niveau collectif et individuel.

L'UNDP (United Nations Development Programme, 2011) a alors créé l'IDH (Indice de Développement Humain), un index composite basé sur la santé, l'éducation, et le niveau de vie. Ce classement mondial, où la France occupe la 20^e position, met en avant les avancées en développement humain, tout en soulignant l'urgence de réduire les inégalités et les risques environnementaux pour les futures générations.

Les indicateurs objectifs de qualité de vie rencontrent des limites, notamment en raison des désaccords sur les ressources et biens nécessaires pour répondre aux besoins humains. En dehors des besoins vitaux, aucune hiérarchie universelle des besoins n'est clairement établie.

Certains chercheurs se réfèrent encore à la pyramide des besoins de Maslow, 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).

De nombreuses classifications de la qualité de vie ont été proposées. Gupta et Agrawal (2011) ont étudié les efforts de divers pays et organisations pour inclure des indicateurs de besoins civiques (libertés, droits, sécurité) dans leurs évaluations. L'ONU, avec ses Objectifs du millénaire pour le développement, visait en 2015 à réduire la pauvreté, promouvoir l'égalité des sexes, améliorer la santé et garantir un environnement durable, entre autres. Bien que les indicateurs objectifs soient largement utilisés et accessibles, ils n'informent pas toujours sur la satisfaction personnelle des individus. C'est pourquoi une approche subjective, basée sur l'auto-évaluation de chaque personne, notamment en matière de santé, devient essentielle pour comprendre leur qualité de vie réelle.

5-2 Conceptions subjectives de la qualité de vie :

La qualité de vie, apparue dans les années 1960, se focalise sur des indicateurs subjectifs comme le bien-être et la satisfaction, influencée par la santé mentale et les philosophies humanistes. Elle s'éloigne progressivement du bien-être matériel pour privilégier la perception individuelle du bien-être, en opposition à l'approche scandinave.

Créée dans les années 1990, l'ISQOLS a contribué à la complexification de la notion de qualité de vie, intégrant divers domaines et points de vue. Selon l'OMS, la qualité de vie se définit aujourd'hui par la perception personnelle d'un individu de sa place dans la vie, et ne se limite pas aux ressources objectives, mais inclut aussi leur expérience subjective de satisfaction.

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.

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'observation 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 .

Selon Acquadro et al. (2008), la perception subjective des patients offre des informations essentielles sur l'impact d'une maladie et des traitements, en mettant l'accent sur le bien-être plutôt que sur les gains quantitatifs de vie. 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 évaluer la qualité de vie liée à la santé (QdVS), on demande aux individus de décrire leur état de santé et son impact sur leur vie. Cependant, il existe une faible corrélation entre la santé objective et perçue. Des symptômes physiques n'entraînent pas toujours une mauvaise QdVS, et l'absence de pathologie n'assure pas une bonne perception. Cummins recommande de ne pas combiner les scores de santé objective, mais de le faire pour ceux de la santé perçue.

La qualité de vie (QDV), autoévaluée sur une échelle de 0 à 100, baisse après un événement majeur mais tend à revenir à son niveau initial. Des baisses plus importantes sont observées chez les aidants, les chômeurs et les traumatisés.

5-3 conceptions intégratives :

La qualité de vie inclut des aspects à la fois objectifs (conditions de vie) et subjectifs (perception personnelle), qui sont des indicateurs complémentaires. Les modèles intégratifs de qualité de vie combinent ces aspects de manière additive ou dynamique. Une définition courante la décrit comme

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 d'Urzúa et Caqueo-Urizar (2012) propose une approche intégrative de la qualité de vie, combinant aspects objectifs et subjectifs. Certaines définitions insistent sur une approche dynamique, voyant la qualité de vie comme l'ensemble des ressources nécessaires pour satisfaire les besoins (OMS, 1984). D'autres l'envisagent comme une évaluation multidimensionnelle du système "personne-environnement".

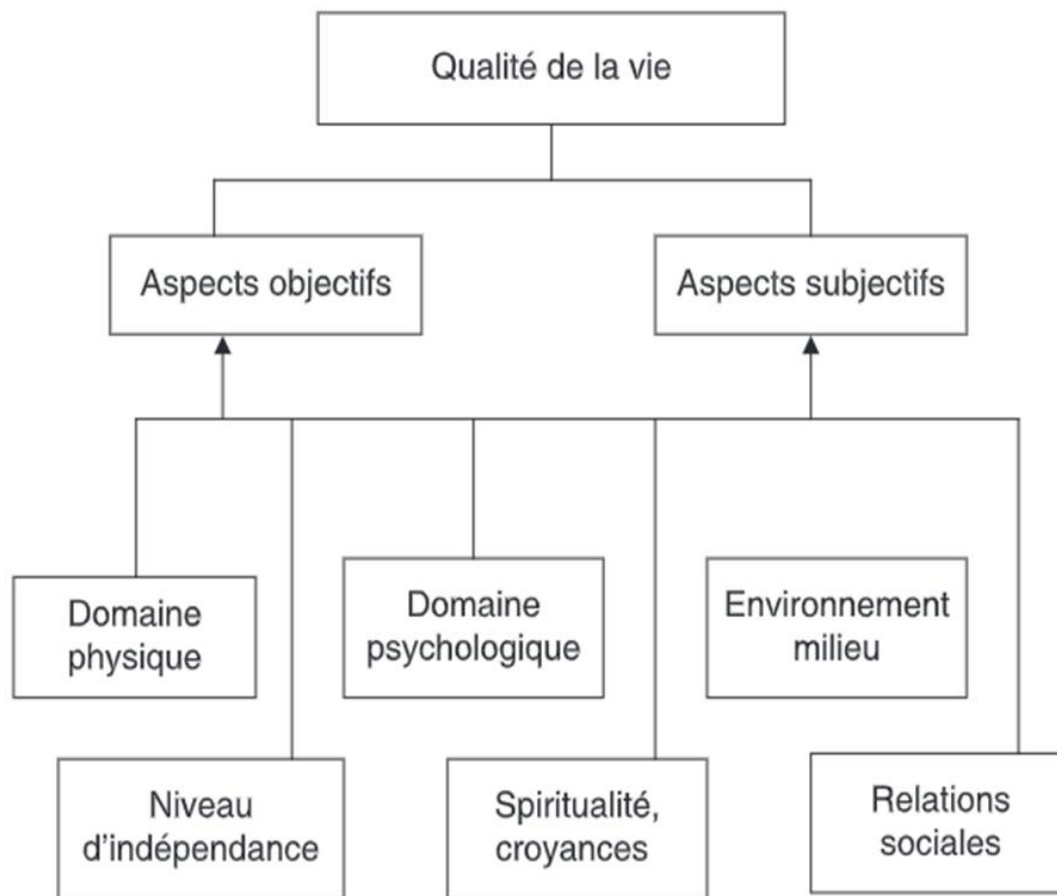


Figure 1– Une conception intégrative de la qualité de vie (définition de l’OMS, 1995) (d’après Urzúa et Caqueo-Urizar, 2012)

6-Les mesures de la qualité de vie :

Les outils de mesure de la qualité de vie ont connu une forte augmentation, passant de 80 dans les années 1980 à environ 500 vingt ans plus tard. La mesure de la qualité de vie combine souvent des approches qualitatives et quantitatives, qui sont complémentaires. Les échelles de qualité de vie peuvent être génériques (adaptées à une variété de populations) (utilisables pour tous), ou spécifiques (ciblant des groupes particuliers, comme des patients malades). Chacune explore des aspects influencés par la santé et les conditions de vie.

6-1 Mesures génériques de qualité de vie

Les échelles génériques de qualité de vie évaluent divers domaines (physique, psychologique, social) avec des items généraux, applicables à tous, même sans problèmes de santé. Les échelles de qualité de vie liée à la santé (QdVS) se concentrent sur l'évaluation des symptômes et leurs impacts sur différents aspects de la vie. La distinction entre les deux types d'échelles est parfois subtile. Plusieurs exemples existent, et trois des plus populaires seront détaillées.

1. **L'EQ-5D** est un questionnaire populaire pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, avec cinq items (mobilité, soin de soi, activités, douleurs, dépression-anxiété) et une échelle visuelle pour l'état de santé global. Il est simple, fiable, et sensible aux changements, avec une bonne validité convergente. Bien qu'il soit largement utilisé, sa structure factorielle reste peu explorée. Il a parfois été élargi avec une dimension cognitive, mais pour les pathologies modérées, le SF-36 pourrait être plus sensible.
2. **Le MOS SF-36** est une échelle générique de qualité de vie liée à la santé, utilisée pour évaluer la santé physique, émotionnelle et sociale. Composée de 36 items, elle couvre huit domaines : fonctionnement physique, limitations dues à la santé, douleurs, fonctionnement social, santé mentale, limitations émotionnelles, vitalité et santé générale perçue. Adaptée et validée dans de nombreux pays, cette échelle est fiable, avec une bonne consistance interne et validité. Elle est particulièrement utile pour évaluer les effets des traitements médicaux, bien que sa structure factorielle ait été critiquée.
3. **Le WHOQOL-100 et le WHOQOL-26** (version courte) sont des échelles développées par l'OMS pour évaluer la qualité de vie. Élaborées à l'international, elles permettent de calculer un score global et des scores par domaine. Sensibles, fiables et d'une bonne consistance interne, elles sont traduites en plusieurs langues, y compris en français. Utilisées en pratique médicale et en recherche, ces échelles ont été critiquées concernant leur structure, notamment le nombre de domaines et la validité d'un score global combinant différents domaines.

6-2 Mesures spécifiques de qualité de vie :

Il existe des échelles de qualité de vie pour presque toutes les pathologies, y compris les maladies respiratoires, les cancers, les troubles neurologiques, cardiaques, diabétiques et psychiatriques, ainsi que pour les enfants, les adolescents et les sujets âgés.

Les échelles de qualité de vie pour enfants et adolescents, en expansion, mesurent l'impact des maladies et des traitements. L'auto-évaluation des enfants est privilégiée, mais peut différer de l'évaluation des parents.

1. **L'ISQV-E et Kidscreen**, adaptés à l'âge et aux capacités des enfants, sont validés et fiables, couvrant divers aspects de la qualité de vie et sensibles aux évolutions.
2. **Le QLQ-C30**, développé par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer), est un questionnaire de 30 items conçu pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Initialement créé pour les cancers du poumon en 1993, il a depuis été adapté pour s'appliquer à divers types de cancers et aux effets des traitements.

Les outils génériques permettent des comparaisons entre différentes populations, tandis que les outils spécifiques sont plus sensibles pour évaluer l'impact d'une pathologie et de ses traitements sur la vie quotidienne. Les outils génériques permettent des comparaisons globales, mais manquent de précision pour certains changements. Les échelles spécifiques, mieux adaptées aux pathologies, offrent une évaluation plus fine.

Conclusion du chapitre

En conclusion, ce chapitre a permis d'approfondir la compréhension de la notion de qualité de vie, en explorant son origine conceptuelle et ses principaux domaines : bien-être physique, mental, social et émotionnel. L'étudiant a également été introduit aux différentes approches et conceptions qui sous-tendent cette notion, tout en se familiarisant avec les outils et méthodes permettant d'évaluer la qualité de vie de manière fiable et objective. Cette base théorique et pratique offre une perspective globale et opérationnelle sur le concept de la qualité de vie.

Liste bibliographique :

1. Benny, M., Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., & Sergerie, M.-A. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : Une approche biopsychosociale* (2e éd.). Gouvernement du Québec – Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres – Gestion SODEC.
2. Bonneville-Hébert, N. (2014). *L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle : Son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal).
3. Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2021). Bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé et qualité de vie. In *Psychologie de la santé - 2e éd Concepts, méthodes et modèles* (pp. 3-82). Dunod. <https://doi-org.accesdistant.bu.univ-paris8.fr/10.3917/dunod.bruch.2021.01.0003>.
4. Khoudri, I. (2016). *La mesure subjective en santé* (Thèse de doctorat, Université Mohammed V de Rabat, CEDOC : Sciences de la Vie et de la Santé, Formation doctorale : Épidémiologie Clinique et Sciences Médico-Chirurgicales).
5. Mercier, C., & Filion, J. (1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135–143. <https://doi.org/10.7202/030380a>
6. Paucsik, M., Benny, M., & Shankland, R. (2021). Chapitre 10. La santé mentale positive : historique, développement et enjeux actuels. In *Grand manuel de psychologie positive : Fondements, théories et champs d'intervention* (pp. 201-214). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.marti.2021.02.0199>