

Chapitre 3 : Psychologie positive et adaptation à la maladie



Dr : Ait-aldjet Megdouda

Département de psychologie
et Orthophonie

Faculté des sciences
humaine et sociales

Université Abderrahmane
Mira de Bejaia

E-mail : megdouda.
aitaldjet@univ-bejaia.dz

1.0
2025

Table des matières

I - Préface	4
II - La psychologie positive et facteurs de protection	5
1. Psychologie positive : approche conceptuelle	5
III - Les théories explicatifs	6
1. Théorie PERMA	6
2. Théorie du flow	6
3. Théorie de l'Auto-Détermination (TAD)	6
4. Théorie des forces de caractère	6
IV - La qualité de vie	7
1. Définitions	7
2. Historique et évolution du concept de qualité de vie	8
3. Les approches de la qualité de vie	9
3.1. L'approche philosophique	9
3.2. L'approche psychosociologique	10
3.3. L'approche politologue	10
3.4. L'approche médicale	10
3.5. Approches objectives et subjectives de la qualité de vie	11
4. L'évaluation de la qualité de vie	12
4.1. Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie	12
4.2. La qualité de vie dans le domaine des maladies chroniques invalidantes	12
4.3. La qualité de vie dans le domaine de la psychiatrie	13
V - L'acceptation de la maladie	14
1. Définition	14
2. Étapes du processus d'acceptation	14
3. Facteurs influençant l'acceptation	14
4. Obstacles	14
5. Rôle du psychologue	15

VI - La résilience de Rutter	16
1. Définitions	16
2. Les mesures	16
3. La résilience psychologique et la robustesse psychique (hardiness)	16
4. Elle repose sur trois croyances fondamentales, les "3 croyances"	17
VII - L'éducation thérapeutique	18
VIII - Conclusion générale	19

I Préface

Face à la maladie, les individus ne réagissent pas tous de la même manière. Certains développent des mécanismes de résilience, d'acceptation et de transformation intérieure. Ce chapitre explore les apports de la santé, en mettant l'accent sur les forces humaines telles que l'optimisme, la gratitude, la flexibilité et résilience psychologique et la qualité de vie. Il propose une lecture renouvelée du vécu de la maladie, non pas comme une simple épreuve, mais comme une opportunité de croissance personnelle et d'adaptation constructive. L'éducation thérapeutique y est également présentée comme un levier d'autonomisation du patient, favorisant son engagement actif dans le parcours de soin.

II La psychologie positive et facteurs de protection

Définition : la psychologie positive c'est la science du bonheur et du bien-être.

- La psychologie positive se concentre sur :
- Ce qui nous rend heureux (nos forces, nos passions, nos relation).
- Comment développer notre potentiel.
- Comment donner du sens à notre vie

1. Psychologie positive : approche conceptuelle

La psychologie positive, fondée par des figures comme "Martin Seligman", se définit comme l'étude scientifique des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions. Contrairement à une idée reçue, elle ne consiste pas à "penser positif" de manière naïve, mais à investiguer rigoureusement les sources du bien-être.

Son application en psychologie de la santé est majeure : elle permet de comprendre comment des états comme l'optimisme, la gratitude ou l'engagement agissent comme des tampons contre le stress, influencent positivement les comportements de santé (meilleure observance, alimentation saine) et sont même associés à des meilleurs résultats physiologiques, tels qu'une fonction immunitaire renforcée et une récupération plus rapide après une maladie. Des modèles comme PERMA de Seligman (qui articule les piliers des émotions positives, de l'engagement, des relations, du sens et de l'accomplissement) fournissent un cadre pour concevoir des interventions visant à améliorer la qualité de vie des patients, faisant de la promotion du bien-être un complément essentiel au traitement de la maladie.

III Les théories explicatives

1. Théorie PERMA

Proposée par Martin Seligman, elle définit le bien-être comme l'ensemble de cinq éléments : les émotions positives, l'engagement, les relations, le sens et l'accomplissement.

2. Théorie du flow

Développée par Mihaly Csikszentmihalyi, elle décrit un état de concentration totale et de plaisir dans une activité où les défis sont en équilibre avec les compétences de la personne.

3. Théorie de l'Auto-Détermination (TAD)

Cette théorie postule que la motivation et le bien-être dépendent de la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, la compétence et le lien social.

4. Théorie des forces de caractère

Elle se concentre sur l'identification et l'utilisation consciente des forces de caractère individuelles (comme la curiosité ou la gentillesse) pour augmenter le bien-être et le bonheur. L'utilisation active de ses "forces signatures" est particulièrement efficace.

IV La qualité de vie

1. Définitions

Comme le souligne Spitz (1999), le concept de qualité de vie ne recouvre pas les mêmes champs selon les auteurs. Si l'on cible un domaine spécifique, par exemple la qualité de vie après implantation d'un défibrillateur cardiaque, les conclusions des études peuvent sembler contradictoires, certains auteurs concluant que la qualité de vie est nettement améliorée, d'autres auteurs estimant qu'elle est peu améliorée. Lorsque les études sont menées par des médecins (Shohl, Trappe et Lichtlen, 1994 ; Luderitz, Jung, Deister et Manz, 1994), la qualité de vie recouvre principalement des signes d'amélioration physique. Mais, lorsque l'équipe de recherche comprend des psychiatres ou des psychologues, la qualité de vie recouvre en plus, les aspects psychologiques du port du défibrillateur cardiaque (Bourke, Turkington, Thomas, McComb et Tynan, 1997 ; Heller, Ormont, Lidagoster, Sciacca et Steiberg, 1998).

Ainsi, en fonction des différentes approches, nous pouvons trouver de nombreuses définitions de la qualité de vie. Pour notre part, nous retiendrons celle de l'OMS (1993), qui considère la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement

La qualité de vie concerne aussi l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne. À travers cela, nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de ce que vit le sujet. Il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes (Chwalow, 1996).

Il est donc important de distinguer la qualité de vie liée à la santé de la qualité de vie globale ou générale. À la différence de la qualité de vie générale, la qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé de la personne. Selon la définition de la santé par l'OMS, à savoir qu'il s'agit d'un état de bien-être physique, mental et social, et non pas de la simple absence de maladie ou d'infirmité (Mapper et Zembatu, 1986), la qualité de vie est indéniablement un vaste concept, surtout en ce qu'il a trait à la santé et à la maladie mentale. La notion de qualité de vie liée à la santé distingue les déterminants de la qualité de vie propre à la santé des autres déterminants de la qualité de vie (le revenu, la sécurité d'emploi, les conditions de vie). Notons également que l'évaluation spécifique de la qualité de vie liée à la santé accorde une part importante aux soins et aux traitements, sans toutefois éliminer les facteurs qui ne sont pas directement rattachés à la santé. Nous pouvons dater à la fin des années 1970 la prise en compte de la qualité de vie dans les recherches cliniques. Elle est centrée sur l'évaluation par le patient de son vécu. Ainsi apparaît une évolution de la clinique car le médecin n'est plus alors le seul évaluateur.

La plupart des théoriciens de la santé s'accordent à dire qu'une étude sur la qualité de vie devrait permettre au moins d'évaluer cinq aspects de la vie d'un individu, soit les dimensions biologique, psychologique, interpersonnelle, sociale et économique (Rosenblatt et Attkisson, 1990).

2. Historique et évolution du concept de qualité de vie

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau. Historiquement et de manière schématique, comme le souligne Martin (1999), quatre approches sont envisagées. Ces différentes approches peuvent être décomposées en périodes d'intérêts en fonction du domaine de ceux qui l'abordent : philosophes, psychosociologues, politologues et médecins. Nous allons brièvement résumer ces différentes approches.

3. Les approches de la qualité de vie

3.1. L'approche philosophique

Nous verrons à travers cette approche que les notions de bonheur, plaisir, désir et de bien-être font partie intégrante de la notion de qualité de vie. Cependant, il faut les distinguer.

Le concept de qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes. En effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Épicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation. Qu'est-il ? Peut-on l'atteindre ? Comment ? Comme le bonheur est toujours en avant de nous-même, désiré plutôt que possédé, il en ressort qu'il est impossible de le décrire et difficile de le définir, d'où la divergence des opinions professées sur le bonheur. Certains le réduisent au plaisir (Kant), d'autres aux honneurs, d'autres enfin à la richesse. Pour Aristote le bonheur est le désir suprême de chaque être humain. Il a ses conditions : tout d'abord une vie accomplie jusqu'à son terme. De plus, le bonheur ne se limite pas à la vertu, comme l'enseigneront les stoïciens, car il ne peut être achevé sans un ensemble de biens du corps (santé, intégrité) et de biens extérieurs (richesse, bonne réputation, pouvoir). Ces différents paramètres sont pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie.

Apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. < Qu'est-ce que je serai heureux si j'étais heureux... » Il est juste que nous ne le soyons jamais, puisque nous attendons, pour le devenir, de l'être déjà. C'est le cercle du manque, où le bonheur, nécessairement, est manqué.

Soulignons aussi que la notion de plaisir s'est différenciée de celle de bonheur par son accessibilité et fait partie intégrante du bonheur. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable. Mais qu'est-ce que le désir ? Le désir est manqué, et dans la mesure où il est manqué, le bonheur, nécessairement, est manqué.

Quel rapport entre bonheur, désir et plaisir ? C'est à travers Schopenhauer que nous trouverons une réponse dans la mesure où il affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel : il n'est que l'absence de la souffrance, et une absence n'est rien. Or le désir s'abolit dans sa satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir. Il manque donc toujours (souffrance), même quand il ne manque plus (ennui). Par rapport au bonheur qui est négatif, au désir qui est négatif puisqu'ils sont manqués, le plaisir est positif, réel, il nous pousse à vivre. Il est ce que chacun expérimente. Pour Epicure et Spinoza, contrairement à Platon, Pascal ou Schopenhauer, le plaisir se situe avant le bonheur. Effet, puisque le désir est manqué, que le bonheur par là même est manqué, ce n'est donc pas du bonheur qu'il faut partir, mais bien du plaisir : plaisir du corps (la jouissance), en plaisir de l'âme (la joie).

Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante de la qualité.

De vie en effet, si nous nous référons à Kant, le bien-être est indissociable du bonheur. Nous pouvons aussi observer à travers les écrits de Kant que les notions de bien-être et de plaisir sont assimilées alors que ce sont des notions qui s'opposent.

Ainsi, nous-disons qu'il est important de ne pas confondre qualité de vie et bonheur, plaisir, bien-être, même s'ils en constituent des composantes importantes. De la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé, comme-nous-le-verrons-plus-loin, même si celle-ci-en est un facteur important.

3.2. L'approche psychosociologique

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie. Donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoins, désirs, aspirations, éléments psychopathologiques) et externes (aspects sociaux démographiques, événements de vie, soutien social). Cependant, ils ont négligé la composante comportementale, alors que la psychologie expérimentale s'y est fortement intéressée à travers le concept d'aptitude. Ce concept d'aptitude a été par la suite repris par les sociologues pour définir celui de qualité de vie. Ce n'est que tardivement, en 1976, qu'apparaît le terme de qualité de Vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. Le concept de qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues reste lié à la santé. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales.

3.3. L'approche politologue

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri IV en France, Hoover. Johnson aux États-Unis et bien d'autres, qui traitaient déjà de la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des États-Unis, que le « droit au bonheur figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux États-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie.

3.4. L'approche médicale

Nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et, plus particulièrement, en psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) aux États-Unis. Les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieur. Cependant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe.

Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical. En effet, en 1947, L'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien-être. En 1948, Karnofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique et le fonctionnement social. Il est suivi en 1963 par Katz. Notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évoluer les mentalités en médecine. Ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions et des handicaps aussi bien physiques que psychiques, sans les dissocier de leur contexte, c'est-à-dire dans la vie de tous les jours. Le terme de qualité de vie fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkinton, dans une publication médicale.

Ainsi, le concept de qualité de vie est très répandu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés.

3.5. Approches objectives et subjectives de la qualité de vie

Dans un premier temps, nous distinguerons la qualité de vie d'un point de vue collectif et individuel. Puis, nous définirons à partir de cette distinction la qualité de vie subjective et la qualité de vie objective.

Comme le souligne Regnier (1995), les auteurs s'accordent à penser que, collectivement, l'idée de qualité de vie est liée à l'environnement économique, social et politique, ainsi qu'au milieu naturel dans lequel vit la personne. Mais, individuellement, la qualité de vie, c'est aussi l'idée qu'il existe pour tout être qui poursuit son projet de vie un jugement sur la qualité de sa vie. Il s'agit bien là de quelque chose de personnel et de subjectif. Cependant, nous observons une cohérence des évaluations dans de larges cohortes d'individus, ce qui permet de garantir l'objectivité. Donc, dans la notion de qualité de vie, intervient l'évaluation subjective de la vie sous forme d'appréciation et de satisfaction ressenties par le sujet comparé à ce qui perçoit comme possible ou idéal. Ainsi, la qualité de vie implique une appréciation globale tenant compte du point de vue personnel et en référence au sujet lui-même.

À côté de la distinction entre la qualité de vie collective et individuelle, il est important de distinguer la qualité de vie subjective de la qualité de vie objective, étant donné que leur nature et par là même leur étude, sont pour certains auteurs essentiellement différentes (Martin, 1999). Deux écoles vont s'opposer :

Pour les tenants de la première école, la qualité de vie relève du sujet, et. De ce fait, elle ne peut être approchée qu'à travers son histoire, dans le cadre d'une relation duelle où l'inconscient joue un rôle prépondérant et ne permet donc pas de normaliser la qualité de vie, puisque nous avons à faire à des personnes avec leur propre individualité :

Cette qualité de vie est quantifiable et analysable grâce à l'utilisation d'échelles psychométriques répondant aux critères de sensibilité, fidélité et validité. Il est important de souligner qu'aujourd'hui, la mesure de la qualité de vie n'est pas concevable sans une référence à la subjectivité (Pédinielli, Rouan et Giminez, 1995) et donc à l'autoévaluation. De plus, elle exprime un profond changement dans la manière d'appréhender le malade. Mais quelle subjectivité ? Pédinielli (1995) nous propose une réponse. Les mesures subjectives ou évaluatives de la qualité de vie renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer la façon dont un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et/ou affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ces différentes expériences de vie. Cette démarche diffère de l'évaluation objective, car il s'agit ici d'une appréciation de l'aspect subjectif des expériences et non d'une quantification des expériences vécues. Pédinielli explique que la subjectivité peut être divisée en deux niveaux :

- Un premier niveau intégrant dans les échelles la satisfaction, les émotions, le jugement, l'appréciation personnelle ;
- Et un second niveau comportant l'impact de la subjectivité sur l'évaluation de la qualité de vie.

En accord avec Millat (1996), la qualité de vie peut être regardée comme la perception subjective qu'a un individu de son état physique (fonctionnement organique), émotionnel (état psychique) et social (aptitude à engager des relations avec autrui), après avoir pris en considération les effets de la maladie et de son traitement (séquelles, handicaps). Par conséquent, les mesures subjectives renvoient de façon globale à la notion de bien-être, ainsi qu'à la prise en compte des dimensions affectives et cognitives (Pavot et Diener, 1993).

Quant aux mesures objectives, elles renvoient aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expériences observables dans la vie d'une personne. Notons que certains types d'expériences (le fonctionnement physique, les conditions de logement, la situation financière, le soutien social) font nécessairement partie de la qualité de vie, et que des mesures de telles expériences sont des indicateurs directs de celle-ci. Par

ailleurs, la satisfaction objective des besoins ne conduit pas nécessairement à une meilleure satisfaction de la qualité de vie. Ainsi, la modification des éléments objectifs qui supposerait une amélioration de la qualité de vie mesurée pourrait être en décalage avec la représentation que la personne s'en fait.

Les décalages observés entre aspects objectifs et subjectifs de la qualité de vie mesurée ont fait l'objet de références théoriques qui réintroduisent l'idée de contradictions internes à la personne qui évalue sa propre qualité de vie. La théorie des aspirations, le modèle de la comparaison sociale, la théorie de l'adéquation personne-environnement ou la théorie de la dissonance cognitive ont été utilisés avec des résultats incertains, afin de rendre compte de ces phénomènes de décalage.

4. L'évaluation de la qualité de vie

Dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique et/ou psychique. Cette mesure suppose une prise de conscience par l'équipe soignante de l'échec relatif des hétéro-évaluations conventionnelles et du rôle actif du patient dans la prise en considération de son vécu subjectif.

4.1. Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie

Il existe différentes situations cliniques dans lesquelles les études de qualité de vie sont préconisées. Dans le domaine de la cancérologie, Zittoun (1996), Macquart-Moulin, Auquier et Moatti (1996) en ont répertorié un certain nombre :

4.2. La qualité de vie dans le domaine des maladies chroniques invalidantes

Dans ce paragraphe, nous abordons trois types de maladies chroniques invalidantes différentes, et proposons pour chacune d'elles des références permettant un approfondissement du sujet.

Le diabète sucré est une maladie chronique grave ; l'obligation d'injections quotidiennes a un impact majeur sur la qualité de vie des patients. Chamberlain et Quin tard (2001) nous rapportent quelques résultats importants concernant des études menées dans le domaine : chez les patients insulino-dépendants, la qualité de vie est en lien avec un bon contrôle métabolique de l'insuline. De plus, le niveau de qualité de vie est d'autant plus élevé que les patients peuvent bénéficier de traitements les moins contraignants possibles.

En rhumatologie, la plupart des affections rencontrées ont une évolution chronique entraînant souvent des incapacités fonctionnelles. Mais au-delà de celles-ci, le retentissement de la maladie sur la qualité de vie du patient s'évalue plus largement en termes de douleur, de troubles de l'humeur, de retrait vis-à-vis des activités sociales. Parmi les instruments de qualité de vie spécifiquement développés pour les affections rhumatologiques, l'Arthrites Impact Measurement Scale (AIMS) a fait l'objet d'un travail de traduction et d'adaptation en français par Pouchot, Guillemin, Coste, Brégeon, Sany et le groupe « Qualité de vie en rhumatologie » (1996).

Dans les affections respiratoires, l'asthme est une maladie chronique qui tend à se prolonger pendant toute la vie du patient, l'obligeant à suivre un traitement de longue durée et parfois à changer son style de vie, afin de mieux contrôler sa maladie et le traitement qui lui est associé. Juniper, Guyatt, Ferrie et Griffith (1993) ont développé un questionnaire spécifique à la qualité de vie des asthmatiques, permettant d'évaluer les changements qui apparaissent au cours du temps chez une personne donnée. Quatre domaines principaux sont évalués : physique (les symptômes), occupationnel (limitation des activités), social (relations interpersonnelles) et émotionnel (anxiété, dépression, dysthymie). Juniper (1999) présente des travaux réalisés auprès d'enfants et d'adultes, et montre une

détérioration dans ces quatre domaines, lorsque l'asthme apparaît. Chez une partie des patients, la crise d'asthme est fortement liée à une anxiété excessive et, parfois, à des attaques de panique. Dans de telles situations, l'équipe soignante préconise, en plus du traitement médicamenteux, un programme de gestion du stress (Thoren et Petermann, 2000). Le lecteur peut également se référer dans ce livre au chapitre précédent sur l'adaptation à la maladie chronique (Spitz, 2002) et plus particulièrement aux paragraphes sur les interventions permettant d'améliorer l'ajustement à la maladie.

4.3. La qualité de vie dans le domaine de la psychiatrie

Les premières études prenant en compte la notion de qualité de vie en psychiatrie sont apparues, aux États-Unis, dans les années 1960, suite au mouvement de désinstitutionalisation. Or, nous pouvons situer en France. Dès la fin du XVI^e siècle, un intérêt grandissant pour de meilleures conditions de vie, un certain bien-être avec Pinel. En effet, en libérant les aliénés de leurs chaînes et par le traitement moral (fait de bienveillance à l'égard des malades), Pinel devient le précurseur de la qualité de vie en psychiatrie

À l'heure actuelle, de nombreux travaux sur la qualité de vie portent sur des patients souffrant de troubles mentaux sévères, c'est-à-dire des sujets psychotiques. Se pose alors la question du sens, de la pertinence de la mesure de la qualité de vie chez de tels patients, du fait des manifestations de la maladie, comme la perte du rapport à la réalité, la perte des significations. Nous pensons toutefois, en accord avec Pédinielli, que ces patients sont capables de poser une évaluation sur les qualités de leur réalité et de leur environnement.

Pendant longtemps, les études en psychiatrie ont porté sur l'intégration sociale des patients, la démedicalisation et l'inégalité face aux soins sans aucune préoccupation de leurs conditions de vie. Aussi, comme le souligne Martin (1999), certains psychiatres comme Backer en 1982 et Lehman en 1988 se sont intéressés à la mesure de la qualité de vie chez ces patients, en y intégrant différentes notions relatives à la vie quotidienne. Ensuite, les études de qualité de vie en psychiatrie ont porté plus particulièrement sur les patients schizophrènes. Nous assistons à la création d'outils (Heinrichs, Hanlon et Carpenter, 1984), non standardisés, posant le problème de l'interprétation de ces résultats, puisqu'il n'y a pas de comparaison possible avec une population de référence. De plus, il faut tenir compte de l'évolution de la pathologie dans l'évaluation de la qualité de vie des schizophrènes (Martin, 1999), car peu d'études se sont, jusqu'à présent, intéressées à la prédiction concernant l'évolution de cette pathologie.

À travers la littérature, nous observons que les études mesurant la qualité de vie en psychiatrie se sont surtout limitées à l'étude des conditions objectives de la qualité de vie. Face à ces restrictions, l'équipe « Script-Inserm » de Lyon a développé un auto-questionnaire de qualité de vie modulable, applicable à la population spécifique de la psychiatrie : le « profil de qualité de vie subjective (POVS) ». Cet instrument, se situant en dehors de toute référence nosographique, a été validé récemment chez des patients psychotiques chroniques (Dazord, Augier-Astolfi et Guisti, 1996). Il a pour intérêt de se focaliser uniquement sur le vécu du sujet et sur ses attentes, indépendamment des conditions somatiques ou objectives (Berger, Poli et Dazord, 1998).

Au total, nous pouvons remarquer qu'il existe de nombreuses échelles de mesure de la qualité de vie en psychiatrie. L'analyse des échelles tend à montrer que les indicateurs choisis sont extrêmement variés : capacités physiques, entourage social et familial, productivité, activités professionnelles, ressources financières, activités de loisir, caractéristiques des conditions de résidence, état de santé, conditions objectives de vie, adaptation sociale, vie intérieure (expériences religieuses ou esthétiques, réflexion, etc.), adaptation interpersonnelle (exercice des différents rôles) ... Néanmoins, il sera nécessaire de créer de nouveaux outils plutôt que de continuer à traduire et à valider des instruments pour la plupart anglo-saxons et qui ne correspondent pas entièrement à l'approche socioculturelle de notre pays.

V L'acceptation de la maladie

1. Définition

L'acceptation de la maladie désigne la capacité d'un individu à reconnaître la présence d'un trouble ou d'une pathologie, à en intégrer les conséquences dans sa vie quotidienne, et à adapter ses comportements sans ne se résigner ni renoncer à son bien-être.

Ce processus est actif, progressif et personnel. Il ne signifie pas l'abandon, mais plutôt une réorganisation psychique face à une réalité médicale

2. Étapes du processus d'acceptation

- 1. *Déni*** : refus de reconnaître la maladie.
- 2. *Colère*** : révolte contre la situation, les médecins, soi-même.
- 3. *Dépression*** : tristesse, perte d'espoir, repli sur soi.
- 4. *Acceptation*** : intégration de la maladie dans le vécu, adaptation.

3. Facteurs influençant l'acceptation

- Soutien social (famille, amis, professionnels).
- Information claire et adaptée sur la maladie.
- Personnalité résiliente et flexible.
- Accompagnement psychologique.

4. Obstacles

Croyances irrationnelles.

Isolement social.

Dépression ou anxiété non traitée.

Manque de communication avec les soignants.

5. Rôle du psychologue

Écoute active : permettre au patient d'exprimer ses émotions et ses peurs.

Soutien dans les étapes de deuil : accompagner sans forcer le rythme.

Travail sur le sens : aider le patient à redonner du sens à sa vie malgré la maladie

VI La résilience de Rutter

1. Définitions

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).

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 (Disgion 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).

2. 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.

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 psychométrique et théoriques. Les meilleurs sont pour lui la résilience scale à trente-sept items (RS) de Wagnild (2009), la Brief Résilience Scale (BRS) de Smith et al. (2008) et la Connor-Davidson Resilience Scale à vingt-cinq items (CD-RISC) de Connor et Davidson (2003).

3. La résilience psychologique et la robustesse psychique (hardiness)

Bien que souvent confondus, la résilience et la robustesse psychique sont deux concepts distincts mais complémentaires. La résilience est le processus dynamique qui permet à un individu de rebondir, de se développer et de souvent grandir après avoir traversé une adversité majeure, comme un diagnostic de maladie grave. Elle n'est pas un trait inné, mais se construit grâce à des facteurs de protection internes (estime de soi, flexibilité cognitive) et externes (soutien social de qualité, environnement stable).

La robustesse psychique (Hardiness), conceptualisée par Suzanne Kobasa, est quant à elle un trait de personnalité qui agit comme un facteur de résistance au stress.

4. Elle repose sur trois croyances fondamentales, les "3 croyances"

1. le contrôle (croyance que l'on peut influencer les événements),
2. l'engagement (tendance à s'impliquer dans la vie et à trouver du sens dans ses activités)
3. Dénégation (perception du changement comme une opportunité de croissance plutôt que comme une menace)

Une personne robuste (hardy) perçoit une situation de stress comme plus gérable et mobilise plus efficacement ses ressources pour y faire face, réduisant ainsi l'impact négatif du stress sur sa santé physique et mentale.

VII L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient occupe une place centrale dans la prise en charge des maladies chroniques. Cette approche vise à permettre aux patients d'acquérir et de maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur traitement et leur qualité de vie.

Afin d'améliorer l'éducation des patients, il convient de décrypter le sens de la non-observance. Par définition ce sens revêt un caractère singulier, propre à chaque patient, même si les situations rencontrées peuvent présenter quelques similitudes. Suivre un traitement à la lettre ne va jamais de soi, surtout lorsque celui-ci est un tant soit peu prolongé ou que ses résultats ne sont pas concrètement et rapidement perceptibles. Quoi qu'il en soit l'observance est un reflet (peut-être un.).

VIII Conclusion général

La psychologie de la santé est une discipline qui joue un rôle crucial dans notre compréhension de l'interaction complexe entre la santé physique et mentale. Elle met l'accent sur l'influence des facteurs psychologiques, comportementaux et sociaux sur la santé, la maladie et le bien-être.

En mettant en évidence les liens entre l'esprit et le corps, la psychologie de la santé offre des perspectives précieuses pour promouvoir la santé, prévenir les maladies, faciliter l'adaptation aux problèmes de santé. Elle contribue à la promotion de comportements de santé positifs, à la gestion du stress, à la prise en charge des maladies chroniques et à l'amélioration de la qualité de vie des individus.

Les interventions psychologiques dans le domaine de la santé, telles que les thérapies cognitive-comportementale, la relaxation et l'éducation en matière de santé, jouent un rôle essentiel dans le soutien des individus à différents stades de leur parcours de santé.

La psychologie de la santé reconnaît également l'importance des facteurs sociaux et environnementaux dans la promotion de la santé. Elle encourage une approche holistique qui prend en compte les différents aspects de la vie d'une personne, tels que le contexte familial, le soutien social, les conditions de travail et les déterminants socio-économiques.