

La psychologie de la santé

Marilou Bruchon-Schweitzer, Maryse Siksou

DANS **LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** 2008/7 n° 260 , PAGES 28 À 32
ÉDITIONS **MARTIN MÉDIA**

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.260.0028

Date de mise en ligne : 01/12/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-28?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La psychologie de la santé



Marilou Bruchon-Schweitzer

Professeur émérite,
laboratoire
de psychologie
« Santé et qualité
de vie », EA 4139,
université
de Bordeaux-II,
Victor-Segalen

Qu'est-ce que la psychologie de la santé ? L'objectif principal de ce champ de la psychologie est d'étudier les différences interindividuelles en matière de santé et de maladie et leurs déterminants. C'est une perspective nouvelle, à la fois multifactorielle et intégrative, caractérisée par l'importance qu'elle accorde aux transactions entre l'individu et l'environnement.



Maryse Siksou

Psychologue
Maître
de conférences,
HC, HDR
Institut
de psychologie,
université
Lumière-Lyon 2

Les origines de la psychologie de la santé

Depuis l'Antiquité, de nombreux auteurs tentent de comprendre comment se développent les maladies physiques et mentales, mais chaque domaine médical (médecine générale, épidémiologie, biologie, psychiatrie, psychosomatique) fonctionne en autarcie. Les théories du stress (Cannon, 1912 ; Selye, 1956), par exemple, ont inspiré le modèle biomédical de la maladie qui en attribue l'étiologie à des déterminants externes (traumatismes, virus, conditions de vie malsaines...) ou internes (déséquilibres biochimiques), sur le mode stimulus → réponse. Le modèle psychosomatique a tenté de relier certaines maladies chroniques à des conflits anciens, non exprimés et non résolus. Les recherches épidémiologiques, essentiellement « empiriques » et athéoriques, consistent,

quant à elles, à suivre des « cohortes » de sujets, sains au départ, puis à comparer, à l'issue du suivi, deux groupes de sujets : ceux qui ont développé une maladie et ceux qui sont restés en bonne santé. Cela permet de découvrir les divers facteurs responsables du développement de certaines pathologies. Toutes ces approches ont permis de mieux connaître l'impact de divers facteurs psychosociaux sur la santé. En réalité, l'effet des événements de vie stressants ou de la personnalité s'est avéré plus modeste que ce que l'on pensait. Cela pourrait être dû au fait que chacun des modèles existants fournit une approche partielle des déterminants de la santé et qu'il est fondé sur un modèle de causalité univoque.

Vers les années quatre-vingt, l'idée a émergé d'intégrer les apports de savoirs et de méthodes de recherche issus de disciplines différentes (psychologie, biologie, épidémiologie, médecine). Ainsi se sont développées des études intégrant des facteurs de nature différente, comme leurs possibles interactions, visant à évaluer leurs effets conjugués sur l'apparition et l'évolution des maladies. Dans les années

quatre-vingt-dix apparaît une perspective « salutogène », ciblant les facteurs déterminant le bien-être, la qualité de vie et la santé. Aux États-Unis est créée, en 1979, la section 38 « Health Psychology » de l'APA. En Europe, un universitaire hollandais, Stan Maes, organise à Tilburg, en 1986, la première Conférence européenne de psychologie de la santé, et fonde l'*European Health Psychology Society*. Les congrès annuels de l'EHPs ont lieu dans de grandes villes européennes (Trèves, Utrecht, Oxford, Leipzig...). C'est en 2001, que Marilou Bruchon-Schweitzer prend l'initiative de créer l'Association française de psychologie de la Santé (AFPSA) à l'occasion du premier Congrès français de psychologie de la santé, à Bordeaux. Depuis, ce congrès, devenu francophone, a lieu tous les deux ans (Metz, Aix-en-Provence, Toulouse, et bientôt Rennes) et réunit environ trois cents participants¹.

La psychologie de la santé se distingue des domaines voisins, tout en leur faisant quelques emprunts. Comme l'épidémiologie, elle prend en compte divers facteurs contextuels (caractéristiques socio-économiques, sociodémographiques, styles

1. Le prochain congrès de l'AFPSA aura lieu à Rennes, en 2009. Une revue électronique de psychologie de la santé en français verra le jour fin 2008.

comportementaux...); comme les approches psychosomatiques, elle inclut des antécédents dispositionnels (personnalité, événements de vie, représentations, croyances); comme les approches biomédicales, elle intègre les caractéristiques physiques et la santé antérieure. Mais elle s'en distingue, d'une part, parce qu'elle ne privilégie *a priori* aucun des antécédents pouvant déterminer la santé ultérieure et, d'autre part, par l'importance qu'elle donne aux processus transactionnels « actuels » (perceptions, cognitions, émotions). Les processus transactionnels les plus étudiés sont le stress, le contrôle perçu, le soutien social perçu, mais aussi les états émotionnels et les affects résultant de la transaction entre un sujet et une situation (états anxieux, états dépressifs, colère...). Ainsi, la psychologie de la santé prend en compte les déterminants classiques des maladies, mais sans en privilégier aucun. Ces processus transactionnels, surtout élaborés face aux situations aversives de la vie, peuvent moduler les relations entre antécédents et issues de santé. Certains de ces processus auraient des effets « fonctionnels » (ils protégeraient l'individu), d'autres auraient des effets « dysfonctionnels » (ils rendraient l'individu plus vulnérable).

Or, c'est bien ce qu'ont montré les recherches menées dans ce champ depuis bientôt trente ans. Les antécédents « classiques » (dispositionnels, environnementaux, biomédicaux) ont un effet direct sur la santé, la qualité de vie et le bien-être des individus². Mais un tel effet est aussi et surtout indirect : il transite par divers processus médiateurs qui en atténuent ou en amplifient l'impact. Ce domaine se caractérise par le soin apporté à la confrontation des hypothèses à la réalité empirique et à la validation des outils d'évaluation.

Les premières orientations et leur évolution : des événements de vie au stress perçu

La psychologie de la santé a donc tenté d'intégrer des facteurs qui avaient été étudiés séparément. Tout d'abord, les antécédents sociodémographiques, biographiques, médicaux, ou encore dispositionnels (caractéristiques durables de la personnalité et de la cognition). Ces derniers peuvent avoir des effets pathogènes (croyances irréalistes, styles de vie à risque, anxiété, affectivité négative...), d'autres des effets protecteurs (lieu de

contrôle interne, résilience, affectivité positive...) (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 161-283).

En filiation avec les théories du stress, les premiers travaux menés en psychologie de la santé ont exploré le rôle de divers facteurs environnementaux sur la santé physique, mentale ou sociale des individus. On a supposé tout d'abord que c'était la gravité ou le nombre des événements de vie subis par une personne qui pouvaient induire des problèmes de santé. On a alors construit des « échelles événementielles », dont la plus utilisée fut la *SRRS* (*Social Readjustment Rating Scale*) de Holmes et Rahe (1967). Ces auteurs ont sélectionné les quarante-trois événements de vie ayant précédé le plus fréquemment l'apparition de problèmes de santé. Ils ont attribué un poids de dix à cent à chaque événement, en fonction de l'importance du « réajustement social » (efforts adaptatifs) qu'il exigerait s'il surgissait dans leur vie³. Les individus sont alors invités à cocher sur la liste les événements qu'ils ont dû affronter récemment. On calcule le score de stress en additionnant le poids des événements cochés. Un score de ce type ne s'est avéré que faiblement associé à une pathologie ultérieure (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 130-156).

Les échelles événementielles ont suscité de nombreuses critiques : la formulation des items est vague et ambiguë (15 : changement dans le travail) ; la moitié des items de la *SRRS* sont des symptômes associés à des pathologies préexistantes et non des antécédents (13 : avoir des problèmes sexuels) ; elles intègrent des événements désirables et indésirables. En outre, les événements majeurs de la vie, contrairement aux idées reçues, se sont avérés beaucoup moins nocifs que les petits tracasseries quotidiens, qui « usent » littéralement les ressources des individus. La critique la plus fondamentale émise envers les échelles événementielles concerne le poids « standard » qu'elles donnent aux événements de vie. En effet, un même événement peut être vécu de manière fort différente selon l'âge, la culture, la religion, les normes, croyances et la personnalité de chacun.

Ainsi, à partir des années quatre-vingt, la psychologie de la santé s'est davantage focalisée sur la notion de « stress perçu ». Le stress n'est une caractéristique ni de la situation ni de l'individu, il concerne la « transaction » entre individu et situation : « *Le stress perçu est une transaction entre une*

personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par cette personne comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être. » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 19.) Les événements stressants ont sur la santé des effets directs, modestes, et surtout des effets indirects, qui transitent notamment par un processus transactionnel dénommé « stress perçu ». Cette notion heuristique a permis de découvrir l'impact très significatif du stress sur la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 290-328). De nombreuses échelles de stress perçu se développent actuellement (professionnel, associé à la maladie, périnatal des mères, etc.) et montrent en général que, plus que les événements de vie considérés objectivement, c'est bien le stress perçu qui affecte la santé physique et mentale (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 302-310).

Du réseau social au soutien social perçu

Un autre antécédent contextuel classique de la santé concerne l'intégration sociale d'un individu. Les sociologues et les épidémiologistes ont défini et évalué le réseau social d'un individu par le nombre de personnes qui l'entourent, la fréquence des contacts sociaux effectifs et l'intensité de ces liens (Barrera, 1986). Des recherches épidémiologiques ont montré, en effet, que les individus les plus isolés étaient plus vulnérables (morbidité et mortalité accrue) que les sujets entourés, la différence étant très significative pour les sujets les plus âgés. Plusieurs indicateurs de l'intégration sociale sont associés à la santé physique et mentale des individus, la rupture des liens sociaux ayant des effets délétères. Mais il a été montré ultérieurement que l'existence de relations sociales n'était pas une condition suffisante pour que leurs effets soient bénéfiques. Ainsi, être marié ne garantit pas l'existence de relations satisfaisantes avec le partenaire ; certaines personnes (malades, adolescents) peuvent être très entourées par leur famille et ressentir ces liens comme

2. L'importance de cet effet, que l'on évalue en pourcentage de variance expliquée du critère, varie selon les issues considérées.

3. Le décès du conjoint, l'événement le plus grave, compte pour cent points, le mariage pour cinquante points, une infraction mineure pour onze points, par exemple.

insupportables. Le soutien dispensé à une personne peut être de divers types : matériel (prêter de l'argent, par exemple), informatif (conseils, suggestions, connaissances), d'estime (rassurer quelqu'un sur ses compétences), émotionnel (réconfort, empathie). Ce soutien peut provenir de diverses sources (parent, ami, professionnel de la santé...). On appelle « soutien social perçu » l'évaluation par une personne du soutien qu'elle reçoit de la part d'autrui. L'outil d'évaluation le plus utilisé est le Ssq 6 (*Social Support Questionnaire*, à six items de Sarason *et al.*, 1983), il permet d'évaluer la disponibilité du soutien (quelques personnes peuvent m'aider) et la satisfaction ressentie vis-à-vis de ce soutien. Si le réseau social a quelques effets protecteurs directs sur la santé, les effets du soutien social perçu sont beaucoup plus marqués (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 328-352). Les travaux menés depuis les années quatre-vingt sur le soutien social montrent la supériorité du modèle transactionnel sur les modèles de causalité directe et linéaire.

Des caractéristiques stables de la personnalité aux processus transactionnels

L'idée que la personnalité d'un individu joue un rôle dans sa plus ou moins grande vulnérabilité aux maladies est très ancienne (Hippocrate, Galien). Depuis la fin des années soixante-dix, diverses études épidémiologiques ont montré qu'il existait des types de personnalité (soit des ensembles de traits) accroissant le risque de développer certaines maladies chroniques ; le champ psychosomatique a développé d'autres hypothèses, associant certaines structures de la personnalité à une vulnérabilité accrue à certaines maladies. Les études en psychologie de la santé ont montré que certaines caractéristiques de la personnalité jouaient un rôle protecteur, alors que d'autres avaient des effets « pathogènes ».

Les premières études épidémiologiques ont été menées sur les caractéristiques psychologiques associées à l'insuffisance coronarienne et à la vulnérabilité

cardio-vasculaire. Meyer Friedman (1959), puis Ray H. Roseman (1974) ont décrit un *pattern* complexe de caractéristiques coprésentes chez les cardiopathes : impatience, hostilité, compétitivité, rapidité du débit de la parole, événements perçus comme des défis. Les recherches ultérieures montreront que la relation entre le type A et le risque cardio-vasculaire est assez faible et qu'elle varie selon la façon d'évaluer le type A.

Certains auteurs associent le risque de carcinogenèse à un type de personnalité très particulier, appelé type C (Temoshok, 1987) ou type I (Grossarth-Maticsek et Eysenck). Il s'agirait là encore d'un *pattern* de traits coprésents : façade agréable, stoïcisme, répression des affects négatifs, sentiments d'impuissance et désespoir sous-jacent. Les synthèses des études menées dans ce domaine ne montrent pas d'effet significatif de la personnalité sur le développement des cancers (McGee, Williams, Elwood, 1994) ; plus que dans l'initiation de cette maladie, la personnalité jouerait un rôle dans l'évolution ultérieure d'un cancer préexistant.

On pense aujourd'hui que les types A et C (ou certaines de leurs composantes) affectent la santé indirectement, en transitant par des processus d'évaluation et d'ajustement dysfonctionnels mobilisés face à des situations ressenties comme stressantes. Les sujets de type A ressentiraient les situations compétitives (rivalité, conflits) comme particulièrement stressantes et y réagiraient par des affects où prédomine la colère et par des stratégies coûteuses et inefficaces (tenter à tout prix de contrôler la situation, d'être le meilleur, se fixer des objectifs trop élevés). Ces efforts répétés (ainsi que leur impopularité auprès de leurs pairs) seraient extrêmement nocifs physiologiquement. Les études disponibles tendent à corroborer ces hypothèses. Quant aux sujets de type C, ils seraient particulièrement sensibles à des situations de séparation et de perte. Ils développeraient à la fois des sentiments d'impuissance-désespoir face aux événements, mais aussi des stratégies de suppression des émotions. Même s'il reste beaucoup de travail à faire pour étayer ces hypothèses, on doit reconnaître que ces voies de recherche biopsychosociales sont prometteuses.

On s'intéresse davantage aujourd'hui aux traits de personnalité plutôt qu'aux types. L'hostilité s'est révélée, par exemple, fortement associée au risque cardio-vasculaire

constituant le « noyau toxique » du type A. Certaines caractéristiques de personnalité sont pathogènes, alors que d'autres sont immunogènes. Parmi les traits pathogènes, outre l'hostilité, on peut citer la dépression et l'anxiété. Bien sûr, la dépression accompagne souvent les maladies (la personne malade perdant son illusion d'invulnérabilité), mais les précède-t-elle ? D'après les méta-analyses disponibles, c'est la dépression qui a les relations les plus fortes avec le risque de développer diverses maladies chroniques. De même, une anxiété très élevée peut être associée à divers problèmes de santé (asthmes, ulcères, arthrite, migraines, etc.). Quant aux autres caractéristiques supposées pathogènes : alexithymie, névrosisme⁴, pessimisme, lieu de contrôle externe, affectivité négative, il est encore trop tôt pour que des résultats nets se dégagent de l'ensemble des études entreprises. Un certain nombre de traits de personnalité (optimisme, lieu de contrôle interne, autoefficacité, résilience, sens de la cohérence, endurance, affectivité positive, agréabilité)⁵ auraient des effets salutogènes. L'internalité est clairement associée à la santé physique et mentale. L'effet direct de la personnalité sur la santé a été longtemps surestimé. Les dispositions n'ont pas d'effet direct sur l'état fonctionnel des individus, mais des effets généralement indirects, qui transitent par certaines croyances et valeurs en matière de santé, par des comportements (sains ou à risques) et par divers processus transactionnels dont le stress perçu, le soutien social perçu, le contrôle perçu et les stratégies d'ajustement (*coping*).

L'approche transactionnelle, un modèle parmi d'autres (voir schéma ci-contre)

Les antécédents et dispositions classiques se sont avérés faiblement prédictifs vis-à-vis de la santé ultérieure des individus. Progressivement, l'intérêt des chercheurs s'est déplacé de la recherche des situations qui fragilisent l'individu (facteurs contextuels) et de la recherche des caractéristiques individuelles de vulnérabilité (facteurs dispositionnels) vers l'étude des transactions qui peuvent déboucher sur des issues adaptatives (fonctionnelles) ou pathologiques (dysfonctionnelles). En effet, les approches transactionnelles du stress⁶ du contrôle perçu (Stephens, 1989) et du soutien social (Sarason et Sarason, 1990) ont ouvert de nouvelles perspectives

4. Terme qui renvoie au modèle de la personnalité en cinq grands facteurs.

5. Idem.

6. Lazarus R. S., Folkman S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer-Verlag.

de recherche. La psychologie de la santé s'est orientée vers l'étude des processus d'évaluation et d'ajustement actuels face aux perturbations perçues, réelles ou supposées, de l'environnement.

Le rôle du stress perçu s'avéra nettement dysfonctionnel (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 302-310). Le stress perçu paraît associé à l'activation physiologique de plusieurs systèmes (corticotrope, médullo-surrénalien) ; le fait d'intégrer le stress perçu dans le modèle BPS semble avoir ouvert une voie de recherche heuristique (stress → diminution des défenses immunitaires → maladies infectieuses).

L'intérêt des chercheurs s'est déplacé de certaines dispositions de personnalité, comme le lieu de contrôle (LOC), vers des processus transactionnels comme le contrôle perçu. Le LOC est une croyance généralisée dans le fait que ce qui nous arrive dépend soit de facteurs extérieurs (LOC externe) soit de facteurs personnels (LOC interne). Le contrôle perçu (CP) est une croyance en la maîtrise d'une situation particulière à un moment donné, c'est un processus actuel, transactionnel, spécifique associé à de nombreuses issues positives dans le domaine de la santé,

de la douleur, de la maladie (diabète, arthrite, cancers...), mais aussi dans le domaine professionnel. Le contrôle perçu s'est révélé associé à une meilleure qualité de vie (fonctionnelle, émotionnelle, sociale). Il apparaît comme un processus transactionnel fonctionnel qui protège les individus. Le CP agirait sur la santé de diverses façons : il favoriserait l'adoption de stratégies d'ajustement actives face à l'adversité (et de styles de vie plus sains) ; il serait lié à l'activation de divers systèmes (neuro-endocrinien, neuro-immunitaire, système sympathique).

Si la psychologie de la santé considère l'environnement et les caractéristiques dispositionnelles d'un individu comme des antécédents (de son bien-être et de sa santé), cela ne signifie pas que l'individu en subisse l'influence mécaniquement et passivement, ces antécédents exerçant leur effet en transitant par divers processus transactionnels (ce que l'individu pense, ressent et fait pour s'ajuster à l'adversité). Depuis les années quatre-vingt, la notion de « coping » (Lazarus et Folkman, 1984) désigne les réponses et réactions que les individus élaborent pour maîtriser, réduire ou tolérer les situations

aversives. Il existerait deux types de stratégies de coping : le coping centré sur le problème (CCP), actif, vigilant ; le coping centré sur l'émotion (CCE), passif et parfois évitant. Ces deux métastratégies de coping se composent de stratégies plus spécifiques. Ainsi, le CCP comprend la recherche d'informations, l'élaboration de plans d'action, le déploiement d'efforts variés pour résoudre un problème (ex : l'observance d'un traitement, l'adoption d'un style de vie sain). Le CCE comprend la minimisation de la menace (ce n'est pas si grave), l'autoaccusation (se sentir responsable), l'évitement ou distraction (grignoter, regarder la télé), la pensée magique (souhaiter que le problème disparaisse), l'expression des émotions (pleurer), le stoïcisme (se résigner), la religiosité (prier), l'adoption de comportements à risque (fumer). La première de ces deux stratégies (CCP) est en général la plus efficace lorsque les événements sont ponctuels et relativement contrôlables. Elle permet de diminuer ou de faire cesser l'impact d'une situation stressante. En revanche, la stratégie émotionnelle (CCE) ne permet pas, en général, de résoudre le problème, et l'inconfort et la tension

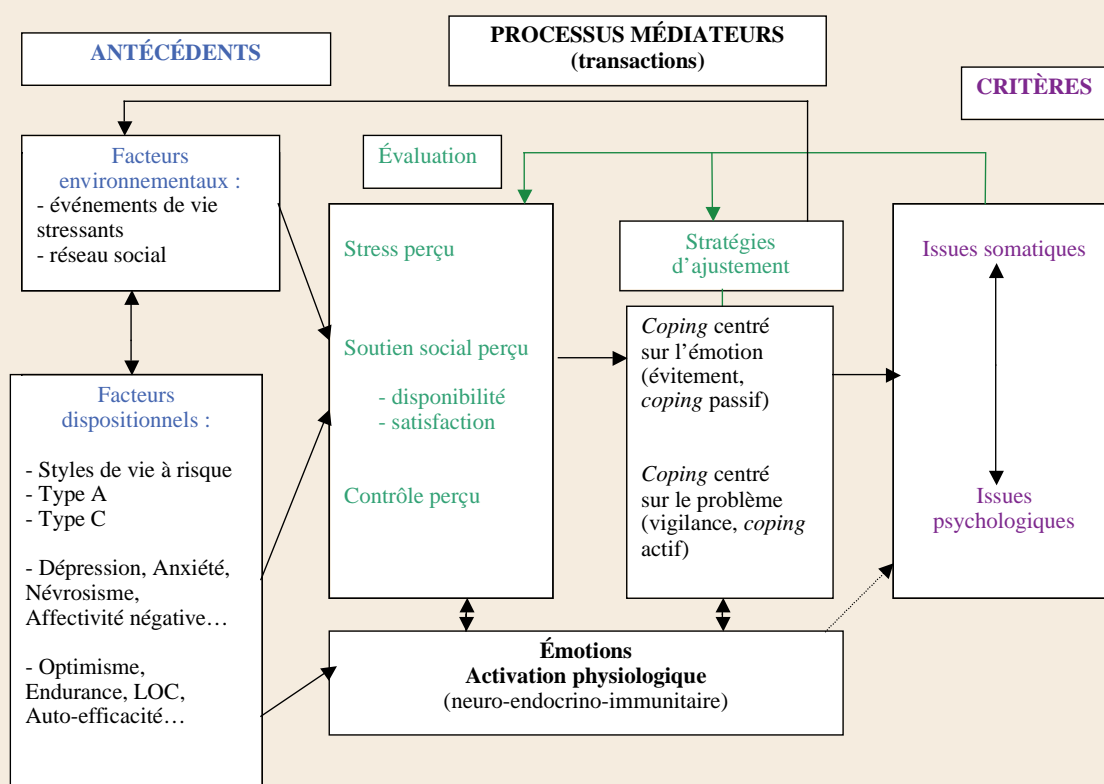


Schéma 1 : Un modèle transactionnel en psychologie de la santé

persistent alors. Elle s'est, en effet, révélée associée à de nombreux problèmes psychiques et somatiques ultérieurs (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 352-388). Lorsque les événements sont durables et incontrôlables, la stratégie émotionnelle est parfois meilleure (elle atténue les états anxieux). L'efficacité d'une stratégie dépend aussi, en effet, des caractéristiques du contexte et de celles de l'individu.

Les recherches menées sur les stratégies d'ajustement ont montré qu'elles sont des processus médiateurs fondamentaux (entre antécédents et issues de santé) élaborés par des individus confrontés à des situations et événements difficiles ; elles sont à la fois déterminées par le type de situation à affronter et par les antécédents dispositionnels du sujet⁷.

En fonction des résultats, fonctionnels ou dysfonctionnels de ces processus transactionnels qui se déroulent en séquences dans le temps, la personne réévalue les caractéristiques de la situation, mais aussi ses propres caractéristiques et stratégies d'ajustement. Le modèle proposé ici implique des processus de réévaluation en boucles rétroactives. Un tel modèle hypothétique a été mis à l'épreuve dans des domaines divers et avec des issues variées (santé, maladie, qualité de vie, mais aussi réussite académique, professionnelle, issue d'un sevrage, d'une thérapie, d'une prise en charge, etc.). Flexible, ce modèle convient à la prédiction de nombreux critères, à condition de respecter une méthodologie stricte, d'utiliser des outils sensibles et valides et de soumettre les données à des techniques d'analyse multivariée. D'autres modèles sont utilisés en psychologie de la santé en dehors du modèle transactionnel. Ils sont centrés respectivement sur les croyances des individus, comme le *Health Belief Model*

(HBM de Rosenstock *et al.*, 1984), les attitudes et les normes, comme la Théorie de l'action raisonnée (TAR de Ajzen et Fishbein, 1975, 1980), les normes et les intentions de comportement, comme la Théorie du comportement planifié (TcP de Ick Ajzen, 1988, 1991)⁸.

Les applications de la psychologie de la santé

Au début de son développement, la psychologie de la santé s'occupait surtout des personnes malades ou des sujets les plus vulnérables. Elle a permis de mettre au point des outils permettant d'évaluer la qualité des soins, la qualité de vie des patients, l'observance thérapeutique. Elle a étudié les facteurs qui favorisent la guérison ou la récurrence : antécédents dispositionnels, caractéristiques environnementales, processus transactionnels élaborés par les patients. Depuis les années quatre-vingt-dix, les chercheurs en psychologie de la santé ont élaboré et validé de nombreuses techniques pour évaluer les processus transactionnels généraux et spécifiques (nombreuses échelles de stress, de contrôle, de soutien, de *coping*) et pour évaluer les issues de santé fonctionnelles (santé, bien-être, bonheur, qualité de vie, satisfaction de la vie) et dysfonctionnelles (détresse, anxiété, épuisement professionnel, etc.), sur des sujets variés et plus seulement sur des malades : écoliers, étudiants, professionnels de santé, enseignants, chômeurs, mères en période périnatale, détenus, groupes professionnels très divers, etc.). Le champ des recherches s'est élargi bien au-delà du domaine strictement médical, et il comprend aujourd'hui les problèmes de la vie quotidienne (famille, activités sportives, stress professionnel, tracas quotidiens), ceux rencontrés dans certains groupes et collectivités (équipes sportives, entreprises, familles, écoles, hôpitaux, prisons...) et les façons pour les personnels et les usagers de les percevoir et de s'y ajuster. En fait, la psychologie de la santé s'intéresse aujourd'hui à l'ajustement des individus à toutes les situations stressantes de la vie (et-ou perçues comme telles).

Au sujet des recherches fondamentales, la psychologie de la santé continue de collaborer à des travaux multidisciplinaires menés sur l'apparition et l'évolution des principales maladies⁹. En ce qui concerne les recherches appliquées, elle a commencé à évaluer et comparer des groupes de

patients équivalents par ailleurs, mais soumis à des prises en charge différentes¹⁰ pour déterminer les plus efficaces, afin de décrire, puis de comprendre, les processus impliqués. Une étude de ce type est menée actuellement sur des patientes traitées pour des cancers du sein en utilisant dans ces prises en charge les résultats déjà acquis quant aux facteurs psychosociaux favorables à la rémission.

La psychologie de la santé propose une approche multifactorielle qui lui permet d'intégrer dans ses modèles des notions venues de disciplines voisines, en essayant de les mettre à l'épreuve des faits. À partir de modèles incluant des antécédents environnementaux et individuels, des processus transactionnels et diverses issues de santé ou de maladie, elle tente de comprendre quels sont les chemins menant les individus vers le meilleur état de santé (physique et mentale) possible ou vers le développement d'une pathologie.

Fort heureusement, les processus d'ajustement sont relativement flexibles et donc modifiables grâce à des prises en charge qui permettent de renforcer les processus fonctionnels et d'atténuer les processus dysfonctionnels, cela contrairement aux antécédents qui sont difficilement modifiables. Pour atteindre ses objectifs théoriques et pratiques, la psychologie de la santé aura encore à résoudre divers problèmes méthodologiques et théoriques afin d'appuyer ses interventions sur les résultats des recherches accumulées. ■

7. Les individus anxieux, dépressifs, ont tendance à recourir à un coping émotionnel ; les individus optimistes ou ayant un LOC interne auront tendance à élaborer des stratégies centrées sur le problème.

8. L'intégration des réponses émotionnelles aux modèles de la psychologie de la santé reste encore timide, mais, fort heureusement, commence à se développer.

9. Cancers, maladies cardiovasculaires, arthrite rhumatoïde, diabète...

10. Ce qui pose des problèmes déontologiques.