



LA PSYCHOLOGIE EN SANTE :

HISTOIRE

Les conceptions de la santé et de la maladie varient en fonction : du lieu, du temps, des variations culturelles et interindividuelles

Dans l'**histoire** : La **santé** est considérée dans un premier temps comme l'**absence de maladie**

L'**étymologie** du mot « maladie » vient du latin « *male habitus* » qui signifie « qui est en mauvais état ».

Dans les cultures traditionnelles sans écriture : maladie = lien avec des croyances magiques

Définition de la santé :

« La santé est un état de complet bien-être physique, moral et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité » O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

La **santé** est un état **physique** et **mental**, qui renvoie à des **normes** du **fonctionnement** physique, biologique et psychologique qui permet à un individu de fonctionner au mieux de ses potentialités au sein de son milieu.

Antiquité	Hippocrate : la théorie des humeurs (sang, phlegme, bile jaune et bile noire). La maladie était la conséquence d'un déséquilibre des humeurs dans le corps humain. Les représentations de la santé et de la maladie dans l'antiquité étaient liées à la manière de conduire sa vie .
Moyen âge	La maladie est considérée comme extérieure au corps , comme l'expression d'une punition divine . La maladie est un désordre dans le nature causé par un péché . Influence du dogme : le corps appartient à Dieu . La responsabilité de l'individu sur sa santé laisse place à l' obéissance de la doctrine chrétienne .
De la renaissance aux lumières	Mise à distances des valeurs religieuses Redécouverte des savoirs de la Grèce antique Invention de l' imprimerie = diffuser les savoirs : circulation de l'info → ce qui modifie les représentations L'invention du microscope (en 1595) permet de chercher la cause d'une maladie à l'intérieur du corps Méthode scientifique est appliquée à la médecine : expérimentations et recherches
Au XIXème siècle	Révolution : les avancés techniques en laboratoire et en chimie vont transformer la médecine La santé est prise sous le versant de l' image du corps : tonus, vitalité, force... = théorisé comme une machine Naissance de la doctrine hygiéniste : nourriture pour alimenter les muscles, l'exercice pour acquérir de la force, s'oxygéner... La santé est prise sous le versant du corps qui est dissocié de l'esprit
Du XXème siècle à nos jours	Amélioration grandissante des connaissances et des outils de mesure La médecine est alors de plus en plus capable de prédire les évolutions de la santé ou de la maladie Mises-en place d'une surveillance constante des individus : se sentir en bonne santé n'implique pas forcément d'être en bonne santé L'essor de la psychologie vient intégrer l' esprit au modèle existant : la santé psychique





PSYCHOLOGIE DE LA SANTE

La psychologie de la santé a été créée en 1979 par l'American Psychological Association. Officialisée en 1985 aux **Etats-Unis** puis en 1986 en **Europe**.

Elle donne :

- Un nouvel **éclairage** et une nouvelle **compréhension** de la santé et de la maladie
- Une place spécifique aux **facteurs psychologiques**
- Une amélioration des **connaissances** : facteurs de **protection** et de **vulnérabilité**

Matarazzo, 1984 : « Ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliquée à la compréhension de la santé et de la maladie »

Etude des différents **facteurs** (bio, psycho et sociaux) ayant un rôle dans le **maintien** de la bonne **santé** ou apparition des **maladies**, pouvant **accélérer** ou **ralentir** leur évolution.

Trois **facteurs** du développement particulièrement rapide (Bruchon, Schweitzer et Dantzer, 1994) :

- Changement des **causes** de mortalité (plus maladies infectieuses, mais maladies chroniques)
- Certains **facteurs économiques** : les problèmes de santé ont un **coût**
- Développement même de la psychologie.

La psychologie de la santé

3 domaines distincts :

- **Comportements** influençant la santé
- **L'hygiène de vie** : façon de vivre, habitudes quotidiennes
- **Comportements** adoptés par les **malades** face à la maladie

Objectifs :

- **Prévention** et **promotion** des **comportements** de santé
- Prévention et ttt des **maladies**
- Etudier **facteurs biopsychosociaux** ayant un rôle dans **initiation**, **évolution** et **rémission** des maladies et comprendre les **processus** pouvant expliquer cette **influence**
- **Amélioration** du système de santé et des **politiques** de santé
- **Identifier** comportements à risque + prévention en **fonction** des **croyances**

XXème siècle : augmentation espérance de vie mais changement causes de **mortalités** (cancers, Maladies CV) → **styles comportementaux à risque**

2 grands **types** de **comportements spé** : « **PATHOGENES** » (néfaste) et « **IMMUNOGENES** » (bénéfique)

7 **facteurs** prédiraient la longévité selon BRESLOW 1983 :

- Dormir 7-8h / nuit
- Petit déjeuner tous les matins
- Ne pas fumer
- Ne pas grignoter
- Avoir un poids « normal » : IMC
- Ne pas boire d'alcool (ou avec modération (c'est qui ça ?))
- Faire régulièrement de l'exercice physique

Les gens ne font pas ce qui est bon pour eux à cause : **plaisir immédiat**, **incitation social**, **en manque d'information**, **habitudes**

Facteurs (sociaux, génétique, émotionnels, symptômes perçus...) : **prédisent** les comportements liés à la santé

Promotion de la santé : (spots pub, éducation INPES, dépistages, vaccin)

→ **Amélioration** facteurs environnementaux (pollution, risques cancérigènes)

→ **Modification** des facteurs comportementaux (hygiène de vie, examens bio)

Concept de santé : multidimensionnelle et ne concerne pas uniquement la santé physique

Face à une maladie le patient donne des **éléments subjectifs** (décrit ses **symptômes**) tandis que le médecin les identifie et les interprètes **de façon objective** (selon un **référentiel scientifique**).

L'expérience subjective : **influence** l'efficacité de toute **intervention** thérapeutique ultérieure

- **Compréhension**, **acceptation** du **diagnostic** et des **traitements**
- **Attitude** envers les soins
- **Observance** et **adhésion** thérapeutique
- **Adoption** de comportements sains
- **Elaboration** de stratégies **d'adaptation** face à la maladie

Attention : un patient qui ne comprend pas sa maladie ou son ttt : risque qu'il ne prenne pas au sérieux
Personnes malades fournissent la plupart du temps : **explications causales**

Des **causes externes** :

La maladie





- Éléments **naturels** : pollution, alimentaire, épidémie...
- Événements de **vie** : accidents, problème économique...
- Relation à **autrui** : deuil, séparation...

Des **causes internes** :

- Transmissions **familiales** : héritage génétique
- **Dysfonctionnement** corporel : pathologie d'un organe
- **Emotions, caractères**

Le sens de la maladie

Le patient construit un récit afin de rendre son histoire intelligible. Le patient doit pouvoir comprendre et expliquer sa maladie. Cela permet au malade de pouvoir légitimer son statut.

Théories de la maladie :

- Recherche d'un (ou plusieurs) **sens** :
 - Identification : quoi
 - Description : comment
 - Interprétation : pourquoi
- Véritable travail **d'élaboration psychique** :
 - Recherche des causes
 - Reconstruction temporelle : comprendre ce qui s'est passé
 - Quête de sens : comprendre l'origine et les conséquences
 - Projets de vie : pouvoir se projeter dans l'avenir
 - Intégrer cette histoire à l'histoire individuelle
- **Fonction adaptative** :
 - Limiter les affects négatifs : croire en un certain contrôle est nécessaire pour y faire face
 - Importance de pouvoir se sentir acteur plutôt que victime.

Programme d'éducation thérapeutique :

OMS : « Vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

Les objectifs de l'éducation thérapeutique

- Rendre **conscient**
- **Informé** : sur la maladie, les soins, les procédures hospitalières, les comportements
- **Comprendre** leur maladie et le traitement
- **Collaborer** pour améliorer l'alliance thérapeutique : responsabiliser le patient dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie

LA PREDICTION DE LA SANTE : LES MODELES EXPLICATIFS :

L'approche
biomédicale

- Modèle **prédominant** de la médecine
- La maladie est considérée comme un **dysfonctionnement organique** dû à l'effet de divers **agents pathogènes** (infections, lésions, tumeurs, virus...)
- La **maladie** est donc abordée sous un **versant somatique** :
- Postulat théorique qui se base sur une séparation corps/esprit
- Considéré aujourd'hui comme :
 - Trop simpliste : modèles de causes à effets
 - Trop partiel : ne tenant pas compte de facteurs psychologiques





Symptôme psychosomatique : symptômes **totalem**ent ou **partiellem**ent influencé par facteurs psycho soit dans son apparition ou son évolution, ce sont uniquement les symptômes traduits par le corps d'un conflit psychique

Somatisation = transformation troubles psychique en troubles somatiques (du corps), apparait quand le sujet pas capable de traiter mentalement les contradictions pesant sur lui

Troubles psychosomatique : expressions corporelles des tensions psycho, le symptôme corporel se substitue alors à une réaction psychologique

FREUD : **conversion hystérique** :

Il s'intéresse à l'étude de **l'hystérie** qui se caractérise par **l'expression symptomatique des crises pseudo-convulsives** (spectaculaires) associé **une expression symbolique sexuelle** (Douleurs ovariennes).

En cherchant à comprendre l'hystérie, Freud met en lien le **conflit intrapsychique avec la matérialisation symbolique par le corps d'une thématique sexuelle**.

Il comprend alors, que le **psychisme** peut venir s'exprimer **à travers le corps**. La lecture du symptôme corporelle peut permettre la **compréhension du conflit = disparition** du **symptôme**.

Maladie Psychosomatique :

Une maladie est considérée comme **psychosomatique** si :

- Il existe des **altérations organiques** (symptômes fonctionnels) OU **biologiques objectivables** (symptômes lésionnels)
- Ces altérations ont une partie de leur origine due au **psychisme** (réaction épidermique sous l'influence du stress)

Mais sont également admis comme psychosomatique des **manifestations fonctionnelles** ne reposant sur **aucune lésion organique ou biologique** sous-jacente et ayant une **origine psychologique**.

(Céphalées sans cause biologique)

Les somatisations les plus courantes :

- Réactions asthmatiformes
- Eczémas
- Colopathies, ulcères : Ballonnements, crampes abdominales
- Troubles digestifs
- Céphalées
- Coliques idiopathiques en pédiatrie
- Pathologies cancéreuses
- Douleurs dorsales

Causes :

- **Alexithymie** : le sujet n'arrive pas à reconnaître et à exprimer ses émotions, ses sentiments
- Difficulté à **mentaliser** un évènement ou une situation : le corps traduit quelque chose qui n'arrive pas à être dit et pensé
- **Description détaillée** des faits, évènements, ou des symptômes physiques **sans** y associer **d'affect**. (Cas de traumatisme)
- **Rationalisation** : peu d'imaginaire, de fantasmes, d'images verbales
- Rapport **désaffectivé** : peu de sentiments exprimés
- **Peu de différenciation** par rapport aux autres
- Primauté de **l'agir** : peu de pensées avec une tendance à recourir à l'action
- Débordement du **conflit intrapsychique** : le psychisme est débordé (saturé) et ne peut mentaliser ce qu'il vit

HIPPOCRATE : « toute rupture de l'équilibre normal est la cause de la maladie »

C. BERNARD (1865) : « Tous les mécanismes vitaux quelques variés qu'ils soient, n'ont toujours qu'un seul but, celui de maintenir l'unité des conditions de la vie dans le milieu intérieur. Un dérangement de l'équilibre normal conduit à une fragilisation, à une vulnérabilité à la maladie. »

Le stress : ensembles des contraintes qui déséquilibrent un organisme + les réactions de cet organisme pour rétablir l'équilibre (=syndrome général d'adaptation). Présent chez tous les individus sous la forme d'une contrainte qui peut toucher l'ensemble des domaines de la vie : affectif, familial, social, pro

- Stress **normal** : lumière, bruit, environnement olfactif...
- Stress **intense** : évènement trauma, aigüe, souvent conscient

Réponse au stress : individuelle à chacun en fonction de ses caract bio, sa personnalité et son histoire

L'approche psychosomatique





- **Physique** : sueurs, augmentation FC, tension musculaire, accélération respiration
- **Comportementales**
- **Psychologiques** : inquiétudes, rumination, troubles du sommeil

Syndrome général d'adaptation : 3 phases : choc / résistance / épuisement

- **Phase 1** : réaction d'alarme ou phase de choc : qlq minutes à 24h, réponse urgence au stress, réaction de fuite ou de lutte
- **Phase 2** : la résistance : si persiste, organisme s'adapte et cherche un nouvel équilibre
- **Phase 3** : phase d'épuisement : si trop longtemps, au-delà des limites psycho et capacités d'adaptation (fatigue, épuisement de l'organisme : décompensation)

Gestion du stress :

Face à ces réactions : actions sur une seule composante possible : la **respiration**. **Relaxation** particulièrement conseillée afin de mieux gérer le stress. Les tech de respiration : agit sur l'ensembles des autres composantes

Lien entre **psychisme et somatique** :

La notion de stress peut permettre d'ouvrir sur la **vie psychique** du patient et s'exprime à travers des **symptômes** tel que : anxiété, les troubles du sommeil, l'irritabilité, troubles alimentaire (prise ou perte de poids), les crises d'angoisses

Cette notion de **stress** permet le **pont entre psychisme et maladies somatiques**.

L'approche épidémiologique

L'épidémiologie s'attache à **comparer des groupes** de sujets sains et malades, en recherchant tout ce qui peut les différencier (facteurs environnementaux, psychosociaux, ...)

Il s'agit d'une **méthode empirique** (basé sur l'expérience) et a-théorique. Néanmoins, cette approche est complexe car il est difficile de **déterminer des critères suffisant**.

Une fois les critères obtenus, le lien entre la maladie ou la santé n'est pas facile à interpréter.

L'approche biopsychosociale

Développé au départ par **ENGEL** (vers 1980). Il s'agit d'un **modèle intégratif multifactoriel** de la santé et de la maladie à travers la **combinaison des facteurs** :

- **Biologiques** : génétique, virus...
- **Psychologiques** : comportements, croyances
- **Sociaux** : les normes sociales, ...

Modèle Intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994) :

Considère les facteurs :

- **Environnementaux**
- **Individuels**
- **Processuels**

Prédit des critères **biomédicaux** ou **psychologiques**

- **Modèle flexible** : prédiction d'issues de nature très différentes :
 - S'applique autant à des **conditions psychologiques** : burn-out (épuisement professionnel), dépression...
 - Qu'a des **conditions physiologiques** : réaction d'une personne face à une maladie somatique, l'adhésion aux soins...

L'approche **biopsychosociale** prend en compte l'ensemble des **domaines** influençant la bonne santé du patient en l'intégrant dans une **dimension globale** interconnecté. Une approche qui néglige ou met de côté un des domaines risque de passer à coter d'une issue favorable pour le patient





ISSUE : SANTE et BIEN-ETRE :

- Les **progrès thérapeutiques** : augmentation de la **durée de vie** (80 ans) mais des **pathologies dégénératives** sont donc de plus en plus présentes
- **Interventions** invasives et **traitement** présentant de graves **effets secondaires** : ttt non curatifs des maladies chroniques (évaluer l'importance des effets secondaires)
- Accélération de l'**innovation médicale** (imagerie)
- Evolution du **concept de santé** : prend désormais en compte la **dimension psychologique et sociale**

Toujours évaluer l'impact des soins et des traitements :

- Porter un **intérêt à l'impact global** des soins dispensés : le remède n'est-il pas pire que les maux
- **Evaluer le bien-être** du patient.
- Prendre en compte la **dimension physique, sociale et psychologique** : à partir du point de vue subjectif du patient.

Quatre dimensions essentielles de qualité de vie :

- **Santé psychologique** (ou bien-être) : Émotions, états affectifs positifs, absence d'affects négatifs, compétences cognitives...
- **Santé physique** (et les capacités fonctionnelles) :
 - o Santé physique : énergie, vitalité, fatigue, douleurs...
 - o Statut fonctionnel, mobilité du sujet, activités quotidiennes qui peuvent être accomplies, autonomie...
- **Relations et activités sociales** :
 - o Qualité et quantité des relations sociales des individus, vie sociale dans les sphères familiale, amicale, professionnel et citoyenne
- **Bien-être matériel**

Dimension psychologique de la qualité de vie :

- La **satisfaction de la vie** : évaluation globale que le sujet fait de sa vie
- Le **bonheur** : état dans lequel les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs.
- Le **bien-être subjectif** : ne veut pas dire l'absence totale d'émotions négatives mais implique la présence d'affects agréables (plaisir, joie, satisfaction...)

Consommation et bien-être

La **société de consommation** base toute son économie sur l'**objectif du bonheur de l'individu** par la possession de biens : **Avoir pour Etre**

Pourtant il est indispensable d'être pour atteindre le bonheur. L'avoir n'est qu'une infime partie de la qualité de vie.

Ex : les gagnant du loto ont une prise en charge spécifique par la française des jeux afin d'éviter les états dépressifs et le risque de suicide important.

OUVERTURE

L'augmentation de la durée de vie n'implique pas forcément vivre mieux ou vivre plus heureux.

La survie de l'individu n'implique pas forcément son bien-être : la question de l'euthanasie fait débat dans notre société.

« J'attache plus de prix à la qualité de ma vie qu'au nombre de jours qu'elle a pu compter » Socrate.

