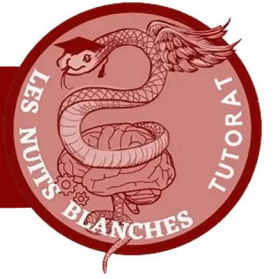




Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2022-2023

UEC 29

Psychologie

UE Rouge

Les bases de la psychologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir des cours de Mme F.SORDES présentés en septembre/octobre 2022.

I. Les grands domaines et courants

Les différents domaines de la psychologie vont différencier le normal du pathologique et l'individu du groupe.

Il y a de nombreuses approches de la psycho :

- Cognitive
- Sociale
- Clinique
- Développementale
- Santé
- Interculturelle

- Psychologie générale

Il y a des prémices de la psychologie au XVI^e siècle mais se développe au cours du XIX^e siècle. La psychologie générale s'intéresse à l'individu « normal » et étudie les mécanismes généraux du comportement. C'est une science à part entière en ayant recours à l'expérimentation, aux stats et aux modèles mathématiques.

La psychologie générale s'intéresse à l'individu « normal » et étudie les mécanismes généraux du comportement.

- Psychologie expérimentale

Elle met l'accent sur la recherche de la preuve, la mesure. C'est la raison pour laquelle la psychologie a été qualifiée de psychologie expérimentale par opposition à la psychologie philosophique ou subjective. Elle a une approche quantitative pour comprendre les lois qui régissent le fonctionnement humain. Il y a des travaux de recherche sur les perceptions sensorielles ou encore sur les différences au niveau des temps de réaction.

- Psychologie cognitive

C'est l'étude des grandes fonctions psychologiques de l'être humain (mémoire, langage, intelligence, raisonnement, résolution de problèmes, perception ou attention).

Cognition : Ensemble des activités mentales et des processus qui se rapportent à la connaissance et à la fonction qui la réalise.

Principe : on peut inférer des représentations (image que l'on se fait, par la pensée d'un concept ou d'une situation) et des processus mentaux à partir de l'étude du comportement.

Elle est contre le béhaviorisme (PAVLOV) et elle défend que la psychologie est bien l'étude du mental et non du comportement. C'est « ouvrir la boîte noire », c'est-à-dire l'ensemble des phénomènes qui prennent place entre la stimulation du sujet par l'environnement et la réponse observable de l'organisme.

- Psychologie du développement

C'est l'étude des changements dans le fonctionnement psychologique (fonction cognitives, langagières, affectives et sociales) de l'individu humain au cours de sa vie, depuis la naissance jusqu'à la mort. *En perspective « life span »*. Elle s'intéresse à l'évolution psychologique du nourrisson, de l'ado et dans une certaine mesure de l'adulte, notamment lors du vieillissement.

Plusieurs auteurs :

- Lev Vygotski et la Zone proximale de développement
- Henri Wallon et sa description du développement avec la personnalité de l'enfant comme une succession de stades avec prédominance de l'affectivité sur l'intelligence pour certaines primautés de l'intelligence sur l'affectivité pour d'autres.
- Jean Piaget et la permanence de l'objet : connaissance par l'enfant que les objets qui l'entourent continuent d'exister, même s'il ne perçoit pas via l'un de ses cinq sens. Ex : la mère va toujours exister même si elle part.

- Psychopathologie et la psychologie clinique

Cette psychologie est ascientifique, on s'appuie que sur la parole et le discours et il y a donc une dépendance à la subjectivité.

Elle est à l'opposé du normal, le pathologique et concerne les maladies et les troubles psychologiques : névroses, handicaps, addictions.

La méthode clinique a pour finalité d'appréhender le sujet dans sa globalité et comme la combinaison unique de multiples causes.

On retient ici 2 approches psychothérapeutiques :

- La psychanalyse
- Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

1) Psychanalyse

Le précurseur est Sigmund Freud.

Elle vise à mettre à jour les causes et mécanismes inconscients d'une souffrance psychique qui peut se traduire par des conduites symptomatiques (phobie, névrose, psychose, perversion...).

- Notion d'inconscient : C'est les souvenirs refoulés, inaccessibles.
- Notion de refoulement : C'est l'opération par laquelle le sujet repousse et maintient à distance du conscient des représentations considérées comme désagréable.

Le mécanisme de sidération est un mécanisme qui permet de réprimer une émotion trop forte en coupant la mémoire. Exemple : cancer annoncé

Freud propose 2 méthodes pour mettre à jour les mécanismes inconscients :

- Méthode cathartique : mettre le patient sous hypnose afin de découvrir l'origine traumatique des symptômes hystériques. Les symptômes disparaissent lorsque l'on répète au malade une fois réveillé ce qu'il a révélé sous hypnose. La remémoration et la réactualisation émotionnelle des scènes traumatiques conduisent alors à la guérison.
- L'association libre : pratiquer la catharsis sans l'hypnose en invitant le patient à dire librement ce qui lui vient à l'esprit et en travaillant sur les chaînes associatives.

2) TCC

Thérapie d'urgence, plus court terme que la psychanalyse

Elle résulte de l'association des thérapies comportementales et des thérapies cognitives. Les thérapies comportementales ont donc pour socle théorique d'une part les théories du conditionnement (béhaviorisme) et de l'apprentissage social, d'autre part les théories de la psychologie cognitive. Les symptômes résultent d'un mauvais apprentissage qu'il convient de faire disparaître. Le thérapeute utilise pour ce faire l'immersion durable dans la situation pathogène, le renforcement positif et négatif.

Ex : phobie des araignées, le patient doit d'abord imaginer une araignée, puis observer des images d'araignées, toucher un bocal où se trouve une araignée et finalement toucher l'araignée.

Les thérapies cognitives ont pour but la « restructuration cognitive ». Les perturbations psychiques sont le reflet d'un dysfonctionnement dans la manière de penser ou d'appréhender le monde sur la base de croyances erronées.

Elles agissent sur les pensées du patient présentant une distorsion cognitive. La thérapie se focalise donc sur le présent, en cherchant par le biais d'exercices mentaux et d'un travail de rationalisation, à modifier les modes de pensée, les réactions émotionnelles et les comportements plutôt que de revenir sur le passé pour comprendre l'éventuelle origine du trouble.

Le thérapeute est actif et directif.

- Psychologie de la santé

C'est l'étude des troubles psycho-sociaux pouvant jouer un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution.

Elle s'intéresse aux causes et aux conséquences et propose des méthodes et des solutions préventives ou curatives impliquant généralement des changements de comportements en matière de santé. Son intérêt est d'identifier les dimensions socio-psychologiques et leurs répercussions biologiques, de manière à aider l'individu à trouver en lui et autour de lui des ressources pour faire face à la maladie et à adopter des comportements préventifs

Prévention primaire = Pub, à l'école.

Prévention secondaire = dépistage

Prévention tertiaire = Education thérapeutique, prévention quand l'individu est malade.

Son intérêt est d'identifier les dimensions socio-psychologiques et leurs répercussions biologiques, de manière à aider l'individu à trouver en lui et autour de lui des ressources pour faire face à la maladie et à adopter des comportements préventifs.

- Psychologie sociale

C'est la discipline de la psychologie qui a permis de mettre en évidence l'importance d'un groupe d'appartenance, de l'influence du groupe car l'homme ne peut vivre qu'en groupe. C'est une branche commune à la psychologie et à la sociologie qui s'intéresse à l'influence des processus cognitifs et sociaux sur les relations entre les individus.

Elle étudie aussi les stéréotypes et plus encore la conformité : « se conformer ou ne pas se conformer à ».

- Neuropsychologie

Elle traite les fonctions mentales supérieures dans les rapports avec les structures cérébrales. Elle se situe à l'intersection avec les neurosciences et des sciences du comportement. C'est la compréhension du fonctionnement cérébral normal.

- Les méthodes en psychologies

- L'introspection : méthode qui consiste à demander à l'individu lui-même la description de sa vie intérieure
- L'observation : constatation des événements qui se présentent à nous spontanément
- L'observation provoquée (enquêtes, questionnaires)
- L'expérimentation : tester par des expériences répétées la validité d'une hypothèse en obtenant des données qualitatives ou quantitatives, conformes ou non à l'hypothèse

II. La santé, la maladie, les représentations

a. Un continuum Santé/Maladie

Que signifie être en bonne santé ?

C'est être dans la norme, avoir de bonnes conditions, être heureux...

Que signifie être malade ?

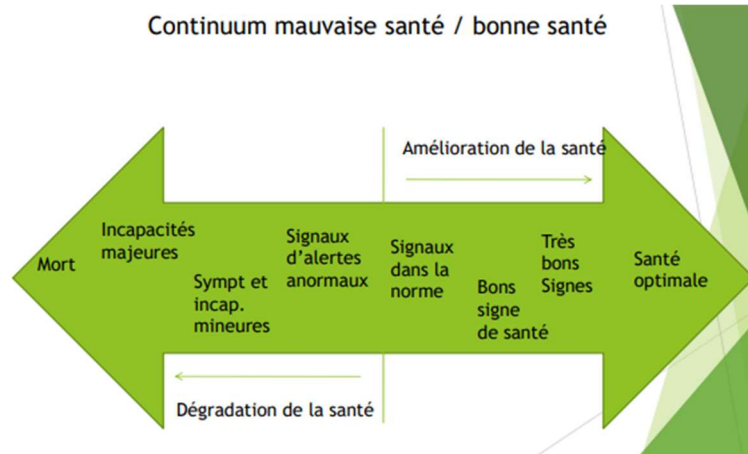
Avoir des symptômes spécifiques, une maladie particulière, absence de santé

La santé est définie quand la maladie fait événement dans la vie sociale. La santé est un état coutumier pouvant être ignoré et absent de la vie sociale. Cf on pense à la santé que lorsqu'on l'a perdue.

Définition biomédicale : une absence de signes objectifs du corps non dysfonctionnant, absence de signes subjectifs de malaise ou de maladie.

Définition bio-psyco-sociale : C'est non seulement une absence de maladie, mais c'est aussi un état de bien-être physique, mental et social.

En réalité nous sommes tous en phase terminale. Nous sommes tous, pour autant qu'il nous reste un peu de souffle, d'une certaine manière en bonne santé. La santé et la maladie sont des concepts séparés : il y a des degrés de santé ou de maladie et l'on parle de santé et de maladie au pluriel.



représentations et

b. Croyances, réactions

1) Les croyances relatives à la santé et à la maladie

Les croyances relatives à la santé et à la maladie

Définition : « croyances de santé » c'est les perceptions que l'on peut avoir de la santé et des maladies, du fonctionnement du corps ou des organes. Ces croyances sont souvent anciennes et peuvent avoir des origines culturelles, morales, religieuses... La plupart de ces croyances sont des non-dits et elles déterminent :-

- Les comportements de santé que l'on adopte
- Les relations que l'on a avec les professionnels de santé
- L'impression de contrôle de notre état de santé
- La capacité d'intégration de la maladie dans l'histoire personnelle

Chaque culture et chaque individu a sa propre perception de la santé.

Les représentations du malade

Les attributions causales de la maladie peuvent être :

- Externes :
 - o Eléments naturels : pollution, contagion, temps, alimentation...
 - o Evénements de vie : problèmes pro, traumatisme, perte d'emploi...
 - o Relations à autrui : conflits, échec sentimentaux...
- Internes :
 - o Transmission familiale : hérédité
 - o Dysfonctionnement corporel : trouble d'une fonction d'un organe
 - o Emotions, caractère : affects intenses

Les sens de la maladie

La maladie peut avoir plusieurs sens chez un malade. Ils peuvent être contradictoires et sont intégrés à l'histoire personnelle. Les significations vont différer en fonction des malades.

Exemple du cancer du sein :

- Défi : maladie = challenge
- Valeur : souffrance = rédemptrice (attitude héroïque)
- Soulagement : maladie = sens et une réponse à la vie et permet un moment de répit

- Stratégie : occasion d'obtenir des bénéfices secondaires (compassion, soutien)
- Faiblesse : Maladie = échec
- Perte : l'atteinte à l'intégrité est perçue comme irréparable
- Ennemie : maladie = envahisseur
- Puniton : sorte de châtement pour les fautes passées

Les malades visent à identifier (quoi), décrire (comment) et interpréter (pourquoi) leur situation.

III. Facteurs de protection et de vulnérabilité

a. Les antécédents externes : facteurs environnementaux et sociodémographiques

1) Facteurs environnementaux

Il y a des conditions dangereuses qui menacent la santé des individus dans quasiment tous les environnements :

- Événements catastrophiques : tremblement de terre, tsunami...
- Dangers chimiques : Exposition au plomb (saturnisme) : anémie, malaise, lésions du système nerveux...
- Exposition à l'amiante : cancer du poumon, cancer de la plèvre...

2) Facteurs socio démographiques

- L'âge
 - o La probabilité de développer des maladies augmente avec le temps
 - o L'état de santé après 60 ans dépend le plus souvent des styles de vie adopté pendant l'enfance, adolescence et âge adulte.
 - o Nombre de pathologies sont associées à des événements psychosociaux.
 - o Les plus âgés ont des comportements plus sains que les plus jeunes.
 - o La population des séniors a changé
- Le genre
 - o Les femmes vivent plus longtemps
 - o En 2019, l'espérance de vie d'une femme = 85,6 ans. L'espérance de vie d'un homme = 79,7 ans.
 - o Les femmes ont un taux de morbidité plus important que les hommes. Elles consultent davantage, plus d'hospitalisation, pathologies plus fréquentes.
 - o Les hommes sont plus fréquemment victimes de traumatismes physiques, suicides, homicides, cancer...
 - o Hypothèses explicatives :
 - Facteurs biologiques : hormones sexuelles féminines protégeant les femmes jusqu'à la ménopause
 - Facteurs comportementaux : plus de comportements à risque chez les hommes.
 - Normes de rôles : les femmes se déclarent et osent plus facilement se dire malades.
 - Sensibilité plus accrue pour les hommes aux facteurs environnementaux, notamment isolement social.
- Le niveau socio-économique (NSE)
 - o Prise en compte dans le NSE : niveau d'éducation, revenu, profession.
 - Conditionne l'environnement proximal de l'individu
 - Le NSE a un impact sur l'incidence et la prévalence de nombreuses maladies aiguës.
 - Le NSE est souvent associé à des ressources sociales instables et/ou inadéquates, fragilisant l'individu et le contrôle qu'il peut avoir sur les situations.
 - o Les facteurs de risque dans les milieux défavorisés :
 - Familiaux : instabilité, alcoolisme, tabagisme, carences alimentaires, maltraitance.
 - Economique : revenu insuffisant, habitat, densité de population

- Professionnel : chômage familial, emploi précaire, absence de qualification
- Comportementaux : consommation d'alcool et de tabac, régime alimentaire déséquilibré, sédentarité
- Environnementaux : quartiers sales, pollués, accès aux soins difficiles, bruit.

3) Le travail

Le travail peut exercer une influence positive comme néfaste sur la santé des individus. Les actifs ont une meilleure santé que les inactifs, ces derniers présentant un taux supérieur de dépression, d'alcoolisme et de mortalité.

Caractéristiques du milieu professionnel avec un impact négatif

- Caractéristiques intrinsèques de la tâche à accomplir (tâche répétitive, travail trop long, trop dur, comportant trop de tâches, horaires décalés) → risque de mortalité précoce et de cardiopathie.
- Conjonction entre un travail très contraignant et une faible marge d'autonomie (travail demandant beaucoup d'attention, de concentration sans que celui-ci n'ait le pouvoir de contrôler sa tâche par des prises de décision ou des initiatives) : burn out, dépression
- Problèmes relationnels au travail : conflit de rôle (le fait de recevoir des injonctions différentes, paradoxales de personnes différentes), l'ambiguïté de rôle (absence de définition claire et précise des tâches à accomplir,...)
- Responsabilité vis-à-vis d'autrui (quand la vie des individus est en jeu)
- Présence d'absentéisme, baisse de productivité
- Induction de troubles musculosquelettiques (TMS)

4) Événements de vie

Certains événements de vie pourraient induire des modifications de l'état de santé. Les modifications sont d'autant plus importantes que l'événement est bouleversant et que l'individu est vulnérable. Pour certains cette hypothèse est bien réelle et ainsi jette les considère comme déclencheur de pathologie.

Les événements de vie (positifs ou négatifs) peuvent précéder l'apparition de maladies somatiques ou les aggraver : Naissance d'un enfant, deuil, retraite, conflits familiaux. Chez les personnes diabétiques, des événements de vie stressants sont associés à un mauvais contrôle de la glycémie.

Ce n'est en réalité pas tant l'événement objectif qui est déterminant, mais plutôt la perception que s'en fait l'individu.

De cette manière, les tracasseries quotidiennes sont néfastes pour la santé. Ce sont des événements ou problèmes irritants, frustrants ou anxiogènes qui caractérisent les transactions journalières d'un individu avec son environnement. Ils sont de très bons prédicteurs de l'état de santé d'une personne.

5) Le soutien social

C'est l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent de l'aide à la personne. Il s'agit d'un soutien actif composé d'actions ou de comportements spécifiques et considérés comme une expression de soutien ou d'assistance.

Réseau social : Ensemble des personnes avec lesquelles l'individu est en contact. Il a un rôle protecteur tandis que l'isolement social est un facteur de risque pour certaines pathologies.

Soutien social perçu : perception subjective du soutien

Soutien social reçu : soutien effectif

Le soutien social dans les communautés est un regroupement d'individus partageant certaines caractéristiques comme l'ethnie, le niveau socio-économique, la religion, la profession... Dans les communautés pauvres, il y a un taux élevé de cancers, d'hypertension et de maladies cardio-vasculaires et respiratoires.

Les facteurs pathogènes du soutien social

- Densité : lors qu'il y a plus de 1,5 personnes/pièces au quotidien, il y a une corrélation avec la mortalité plus importante (Homicide, AVC, cancer...)
- Vétusté des locaux : propagation de certaines maladies
- Bruit : relation directe avec la morbidité ; le bruit chronique peut avoir pour conséquence l'hypertension, des comportements sains difficiles...

La famille

Elle a une forte influence sur la santé de ses membres. Des liens satisfaisants et stables réduisent le stress, permettent d'élaborer des stratégies face à des événements aversifs. La mésentente conjugale a autant, voire plus d'effets sur la santé que le NSE. L'hostilité parentale, les conflits, l'absence de chaleur et de soutien dans la famille peuvent induire la dépression, le stress, addiction et le suicide.

Trois aspects de l'environnement familial pouvant affecter la santé des enfants et adolescent

- Climat conflictuel et hostile : absence de cohésion, mésentente conjugale, dépression des parents
- Relations : Absence d'affection, de soutien matériel et affectif
- Style d'éducation autoritaire et dominateur, soit laisser faire et incohérent ne permettant pas l'intégration des normes et des règles.

Ces facteurs peuvent induire des comportements inadaptés et d'anxiété, de dépression, consommation de drogue, des stratégies d'ajustement dysfonctionnelles, des compétences sociales insuffisantes et menaces de la santé et du bien-être.

Les pairs

Ils peuvent avoir des effets pathogènes ou protecteurs. Pour les enfants et adolescent, l'influence du groupe de pairs doit être restituée dans le contexte de l'environnement familial. Des enfants/adolescent seront plus susceptibles de suivre leurs copains dans la consommation de drogue ou d'alcool si les parents sont également consommateurs et/ou si les parent n'exercent aucun contrôle sur leurs activités.

b. La personnalité comme facteur de vulnérabilité

1) Les styles de vie à risques

	Type A	Type B	Type C
Attributs	Impatience, agressivité, compétitivité, désir de réussite et de reconnaissance sociale	Patience, calme	Coopérative, patiente, gentillesse
Comportements	Vigueur, rapidité des gestes et du débit vocal, impatience, attitudes compétitives et hostiles, irritabilité	Lenteur des mouvements et du débit de parole, attitude posée	Pas d'aspect négatif dans les situations conflictuelles. Répression très forte des affects. Problèmes souvent évités et non résolus. Si débordement des ressources, la personne se retrouve submergée.
Risques	Maladies coronariennes aiguës : infarctus du myocarde ; ou chroniques : hypertension, sclérose	Immunodépression	Vulnérabilité aux pathologies cancéreuses

2) L'anxiété

- L'anxiété trait : tendance stable et généralisée à percevoir une situation aversive comme dangereuses. Elle est associée à diverses pathologies somatiques (asthme, insomnies, migraines, ulcères, mononucléose). Elle est plus élevée chez les hypertendus.
- L'anxiété état : sentiment d'appréhension, tension liée à un événement spécifique. Elle est plus élevée chez les sujets ayant une maladie physique.

Il y a deux sources principales d'anxiété :

- Anxiété par contagion transmise par la famille
- Anxiété comme traumatisme psychologique

3) La dépression

- Humeur dépressive : état momentanée de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain qui peut survenir à la suite d'un évènement stressant ou lorsque le sujet ne dispose pas des ressources nécessaires pour faire face.
- Syndrome dépressif :
 - o Affects négatifs : découragement, tristesse, crainte...
 - o Cognitions spécifiques : dévalorisation de soi, culpabilité, sentiment d'échec...
 - o Troubles comportementaux : retrait, fuite, fatigabilité...
 - o Troubles somatiques : fatigue, faiblesse, troubles du sommeil

Il n'y a pas obligatoirement de liens avec les événements de vie actuel. Le sujet perd son illusion d'invulnérabilité.

4) Pessimisme

C'est une disposition de la personnalité. Ils perçoivent plus facilement que les autres que leurs tentatives sont vaines. Ils ne font pas d'effort pour adopter des styles de vie sains et ils seraient plus vulnérables à diverses maladies.

5) L'hostilité

Attitudes, croyances et perceptions négatives concernant autrui. Celui-ci est perçu comme source de frustration, de méchanceté et d'injustice.

Trois composantes :

- Cognitive ou hostilité cynique : croyance négative quant à la nature humaine, attribution hostile.
- Affective : colère, ressentiment, mépris, irritation
- Comportementale : manifestation ouverte d'hostilité, d'impatience et d'agressivité.

L'hostilité est liée à la sévérité de la pathologie coronarienne, au taux de cholestérol, à la réactivité cardiovasculaire dans une situation sociale aversive. Elle est en lien avec l'asthme, l'arthrite et les migraines.

Hypothèses explicatives du lien des maladies cardio et hostilité :

- Les sujets hostiles sont sur leur garde, interprètent les événements d'une façon particulière (on m'en veut, on me critique). Les systèmes cardiovasculaires sont réactivés ce qui amène une fragilisation
- Les sujets hostiles vivent et provoquent des situations très difficiles, conflictuelles et ont peu de soutien social.

6) L'affectivité négative

Emotions négatives : tristesse, peine, colère, culpabilité, inquiétude... C'est un indicateur de détresse psychologique. Cette affectivité est liée à des plaintes somatiques (céphalées, nausées, insomnies...), à une immunodépression fragilisant la personne face à certaines maladies. Les personnes seraient plus attentives aux sensations corporelles, entraînant une augmentation des symptômes somatiques.

Ce sont les interactions, par effet cumulatif entre les caractéristiques de la personnalité et du contexte, qui rendent les individus plus vulnérables à la maladie.

c. La personnalité comme facteur de protection

1) L'optimisme (dispositionnel)

C'est une tendance à généraliser et anticiper une issue favorable aux événements, à avoir une perception positive de soi et du monde. Elle est bénéfique pour la santé psychologique et physique. Le fait d'être optimiste correspondrait à un état général de bien être psychologique, à un sentiment de sérénité avec une activation du système immunitaire.

Les optimistes croient plus que les autres que leurs efforts seront couronnés de succès.

2) Le lieu de contrôle

C'est une croyance généralisée dans le fait que les événements dépendent soit de facteurs internes (actions, effort,...), soit de facteurs externes (destin, chance,...). Les personnes internes seraient plus adaptées socialement, auraient un meilleur moral, une meilleure santé, feraient plus d'exercice que les personnes externes. L'externalité rendrait les personnes plus vulnérables (développement de troubles anxio-dépressifs, faible estime de soi, détresse psychologique importante).

3) La résilience

C'est un concept lié à des situations traumatiques (abus, maltraitance). C'est la capacité, pour des individus placés dans des circonstances défavorables, de s'en sortir et de mener malgré tout une existence satisfaisante. La résilience n'implique pas l'évitement ou le déni des situations difficiles, mais au contraire, les tentatives actives du sujet pour les surmonter.

4) L'affectivité positive

C'est la tendance à s'engager dans de nombreuses situations avec enthousiasme, énergie, intérêt, plaisir, attention et à éprouver des états cognitifs et émotionnels agréables.

L'affectivité positive permet des niveaux d'interactions sociales élevées, une activité physique soutenue, un bien-être émotionnel, à la vitalité.

Les personnes avec une affectivité positive affrontent activement les événements et pensent posséder les ressources nécessaires pour résoudre les problèmes.

IV. Expérience de santé et de maladie

La maladie n'est pas seulement une question de prolifération anarchique de cellules et de gènes : elle est une épreuve, une expérience bouleversante qui oblige à affronter des situations auxquelles personne n'est préparé.

Ainsi, l'expérience du malade concerne le malade dans ses émotions, ses attentes, ses peurs, renvoyant à la subjectivité.

La maladie n'est pas un événement extérieur : elle est aussi un parcours intérieur qui touche le fond d'un être. Elle se révèle comme une épreuve singulière : elle oblige à vivre de façon différente.

L'expérience du malade est donc marquée par le sentiment de sa fragilité et du caractère éphémère de son existence, la vulnérabilité est présente.

a. Diagnostic

Il a une forte résonance sur la vie du patient : fin d'activité sportive, changement de vie, mort... Il appelle la notion de lâcher prise : lâcher ce sur quoi on n'a plus de prise.

Valeur du diagnostic : la continuité entre ce que la personne était hier, ce qu'elle est aujourd'hui et ce qu'elle sera demain se trouve remise en question : détonateur, rupture biographique, rupture avec le cours ordinaire de la vie, propulsant dans un autre monde.

« C'est un gros coup de masse, j'ai passé une nuit blanche » ; « c'était un coup terrible, j'étais en état de choc... je suis resté... je ne sais pas comment expliquer, frappé ».

Il est fait par le médecin et est soumis au secret professionnel.

1) L'illusion d'invulnérabilité

L'annonce d'une maladie touche d'abord quelqu'un de bien portant.

Le fait d'être en bonne santé développe habituellement en chacun de nous un sentiment de vivre, sur lequel nous construisons des croyances sur la vie, sur la santé, sur nous-mêmes.

Une des fonctions de nos croyances par rapport à la vie et à la santé est de créer en nous des illusions d'invulnérabilité. Cette illusion d'invulnérabilité consiste à croire que le malheur ne peut arriver qu'aux autres. Notre sentiment d'invulnérabilité se nourrit d'un ensemble de croyance qui nous rassurent, nous protègent contre notre insécurité existentielle et nous font croire que nous sommes à l'abri de tout danger.

Donc tant que la personne n'est pas confrontée à un événement grave, elle continue à penser qu'elle est immunisée contre une telle éventualité.

2) L'épreuve de la maladie

La maladie est une expérience bouleversante qui oblige à affronter des situations auxquelles personne n'est préparé. De cette manière, l'expérience du malade concerne le malade dans ses émotions, ses attentes et ses peurs. La maladie n'est pas un seul événement extérieur mais elle fait aussi partie d'un parcours intérieur : elle oblige à vivre de façon différente.

L'épreuve de la maladie est donc marquée par le sentiment de sa fragilité et du caractère éphémère de son existence, la vulnérabilité est présente.

3) Précision

En France, le diagnostic ne peut être posé que par le médecin. L'annonce du diagnostic doit être dit en fonction de ce que le patient peut et veut entendre. Le médecin peut jouer sur les mots : on peut dire que le patient a une leucémie alors qu'il a un cancer.

4) Résumer

En tombant malade, on devient brutalement fragile et vulnérable. Dès le début de la maladie, l'illusion d'invulnérabilité est prise de plein fouet dans la tempête de notre insoutenable vulnérabilité. Il y a une rencontre avec sa propre fragilité. Avec la maladie, commence une autre vie.

b. Les procédures médicales

Les procédures médicales sont diverses. Le patient est souvent balloté d'un examen à un autre sans comprendre ce qui lui arrive. Les incertitudes sont fréquentes, le climat relationnel souvent peu sécurisant. Les procédures vont de la plus anodine aux plus douloureuses.

c. Douleur

Elle signifie qu'il y a la perte de la santé. Dans l'histoire elle n'existait pas mais aujourd'hui elle est prise en charge.

"Il y a cette souffrance que j'ai vécue. Ce mal de ventre qui vient et repart. Chercher la meilleure position pour ne pas avoir mal. De ce côté ? Ou de l'autre ? En me mettant sur le dos ? Ou sur le ventre ? La souffrance qui vient, qui s'en va. Pourvu que je n'aie pas mal. Replier une jambe, replier un bras pour ne pas sentir. Et souhaiter s'endormir ; pour tout oublier ».

d. L'atteinte de l'intégrité corporelle

1) La beauté corporelle

Le corps est ce que l'on donne à voir à l'autre. Dans les sociétés, la beauté de la femme est plus importante que celle de l'homme et la jeunesse reste un critère de beauté. Le corps doit être jeune, dynamique, en bonne santé et beau.

2) Le schéma corporel

Il apparaît comme une représentation plus ou moins consciente de la situation de notre corps par rapport à l'environnement, à sa position dans l'espace. Il s'enrichit de nouvelles expériences.

3) L'image du corps

Elle est propre à chacun, et elle est liée à l'individu et à son histoire. Elle se construit par le contact que nous avons avec autrui. Ce regard est ce qui nous rend conscient de l'écart qui existe entre moi et autrui.

4) Effets de la maladie

La maladie transforme le schéma corporel et l'image du corps. « Je sens que mon corps est fatigué, il est bien obligé de suivre ». « C'est un autre qui ne m'appartient plus. Mon corps n'est pas malade, il est maltraité par les médicaments... Je regarde ma tête dégradée, mon poids qui chute, ma fatigue extrême ». *Voir plus diapo 91 et 92*

e. La perte de l'indépendance

"Je découvre ce monde (hôpital) à part avec ses horaires, ses rites, ses uniformes. La journée commence tôt avec le thermomètre que le personnel de nuit apporte avant de quitter l'hôpital ... Dans ce monde-là, c'est au bruit que l'on reconnaît ce qui se passe. Le chariot des repas n'est pas le même que celui des infirmiers. Le pas des internes n'est pas celui des aides-soignantes ... C'est toute une planète à découvrir. Une planète que j'ai trouvée amicale, mais au début on y est vraiment perdu. Un monde à part ... Sur cette planète, on attend beaucoup. On attend les passages des infirmiers ou des médecins. On attend à la radio ou aux sièges des différents examens. On apprend vite la patience. Et puis on attend la parole du médecin. On attend le diagnostic. On attend finalement la sortie" (Liagre, 1989)

Il y a tout un nouveau monde à appréhender : l'attente des résultats, les repas, les médecins, les soignants, les horaires des repas, des soins.

f. La réduction des relations sociales

« Maman me dit que l'hôpital, ça passe avant l'école moi je veux bien être malade, mais je ne veux pas être un cancre. »

« Avoir cette maladie c'est se sentir isolé du monde, c'est comme si on te reléguait dans un univers à part, comme si on avait la lèpre. »

Il y a une perte progressive des rôles (familial, amical, professionnel et social). Il y a une exclusion du groupe et une mort sociale.

g. La sexualité, le couple

La sexualité est très peu abordée. La maladie peut être vécue comme une véritable atteinte de l'intimité de la femme. Les rôles au sein du couple sont redistribués pour un temps.

h. Bénéfices secondaires

Être malade, ce n'est jamais agréable. Et pourtant, on peut trouver dans une maladie des avantages indéniables. Lorsque les avantages à être malade sont supérieurs aux inconvénients, cela peut même empêcher de guérir. En effet, une partie de nous peut refuser la guérison. Un bénéfice secondaire est donc une sorte d'avantage collatéral.

Les bénéfices secondaires peuvent être très divers selon la personne. Il peut s'agir de rendre l'entourage attentif, de lâcher des responsabilités pesantes, de ne plus être obligé de travailler dans un contexte qui déplaît, etc.

Attention, ces bénéfices secondaires ne sont pas à l'origine d'une stratégie pour rester malade ! Bien au contraire, ces bénéfices sont inconscients, la personne malade ne se rend pas compte que quelque chose l'attache à sa maladie. Il lui faut un travail pour en prendre conscience et s'en détacher.

V. Réactions face à la maladie

Les ajustements à la maladie sont très variables d'une personne à une autre.

1) Adaptation

L'adaptation est à voir comme un phénomène dynamique permanent de la vie (de la naissance aux instants précédant la mort), faisant interagir les composantes psychiques, sociale et biologique d'un individu. L'adaptation n'est pas la capacité à pouvoir tout endurer, tout supporter.

On ne cherche à s'adapter à son milieu social, à s'y intégrer, que si on a le sentiment de pouvoir s'y réaliser, non pas seulement à travers la satisfaction de ses désirs, mais aussi à travers la liberté d'y faire œuvre au profit des siens, c'est-à-dire de transformer tel ou tel aspect de la réalité extérieure, physique ou sociale, en fonction de ses propres projets, ou des projets de son groupe d'appartenance.

2) Les mécanismes de défense

Ce sont des procédés inconscients utilisés par le Moi pour traiter les conflits intrapsychiques, maîtriser les angoisses et protéger le Moi (≠stratégies de coping).

Ils ont pour fonction l'organisation et le maintien des conditions psychiques optimales, pouvant aider le Moi du sujet à affronter et à éviter l'angoisse et le malaise psychique.

Définition actuelle : les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes.

Quelques mécanismes de défense

Le refoulement : Repousser et maintenir hors de la conscience les pulsions interdites et les représentations inacceptables par la société. Processus normal, indispensable à l'équilibre psychologique. Ex : oublier une période pénible de la vie, qui sera refoulée dans l'inconscient.

L'identification : Adopter un aspect ou une attitude d'une autre personne. Elle joue un rôle fondamental dans la constitution de la personnalité et en particulier du Surmoi, par l'identification aux parents. La résolution adéquate du complexe d'Œdipe se fait par l'identification au père. Ex : l'acteur qui s'identifie au personnage du scénario, les jeunes qui s'identifient à leurs idoles...

La projection : Rejeter sur une autre personne des sentiments ou des pulsions inacceptables (que le sujet refuse en lui). C'est un mécanisme de défense efficace contre l'anxiété, puisqu'il permet de liquider et d'évacuer la tension intérieure, mais il fausse les rapports avec autrui et peut entraîner des difficultés relationnelles. Ex : Le paranoïaque qui déteste quelqu'un et qui estime être persécuté par lui ou le patient qui projette sur le soignant les sentiments qu'il éprouve : « vous, vous n'allez pas crever !! ».

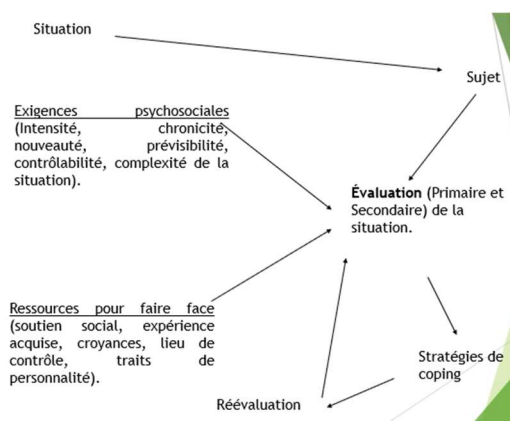
Le déni : Refus de reconnaître un fait réel existant (en niant la réalité même de la projection). Il réalise une négation de la réalité des perceptions sensorielles objectives. Il s'agit habituellement des faits douloureux de la réalité. Il peut être utile, dans les suites immédiates d'un événement traumatisant, à condition de ne pas se prolonger longtemps ni entraver l'adaptation à la réalité. « Je ne sais pas ce que j'ai », qu'est-ce que j'ai, on ne m'a rien dit ».

3) Les stratégies de coping

En anglais : « to cope » signifie faire face. « C'est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui déploie l'individu pour répondre à des demandes externes et/ou internes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives » (Lazarus et Folkman, 1984)

Le coping est un processus : constamment changeant et spécifique. On ne confond pas ce que fait et pense un individu à une situation avec les réussites/échecs : on peut considérer une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, pouvant être efficace dans certaines situations et inefficaces dans d'autres.

Le coping est conscient à l'inverse des mécanismes de défense. Il nécessite une évaluation cognitive :



Le coping centré sur le problème :

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face.

Exemples : Négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certaines domaines...

Stratégies :

- Résolution de problèmes (recherche d'informations, élaboration de plans d'action)
- Affrontement de la situation (efforts et actions pour modifier le problème).

Le coping centré sur l'émotion :

Cette stratégie vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation.

Exemples : consommer des substances (tabac, alcool, drogue), s'engager dans des activités distrayantes (exercice physique, lecture, TV), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété).

Stratégies :

- Minimisation de la menace : prise de distance, « j'ai fait comme si rien ne s'était passé »
- Réévaluation positive : « je suis sorti plus fort de cette épreuve »
- Auto-accusation : « j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème »
- Evitement-fuite : « j'ai essayé de me sentir mieux en buvant »
- Recherche de soutien social : « j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un »

Quelques exemples de situation :

« Quand je sais que le médecin va passer, je demande à ma voisine de retenir, à la fois les questions que je vais poser au médecin et bien sur les réponses qu'il va me faire, ainsi je peux ensuite en parler et y réfléchir tranquillement ».

« Je ris de mon malheur : pour l'apprivoiser, le défier (tu n'es pas si malin que ça, monstre cancer); pour affirmer ma supériorité spirituelle (dans les deux sens du mot esprit en français) sur le cancer et la mort; en le tenant à distance d'ironie; et en détendant par l'humour mes proches et mes interlocuteurs, souvent tentés par une attitude dramatique ou mélodramatique » (Claude Roy, 1983).

VI. La qualité de vie et le développement post-traumatique

a. La qualité de vie

« La qualité de vie est la perception qu'a un individu 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 inquiétudes ». Cette définition englobe « la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (OMS, 1995).

C'est une définition consensuelle dans le domaine de la psychologie de la santé. Elle rend compte des aspects biologiques mais aussi psychologiques et sociaux de la qualité de vie et de leurs interactions complexes.

Le concept de qualité de vie est un concept « additif » comprenant des notions diverses telles que le bonheur, le bien-être matériel, le bien-être subjectif, la santé physique et la santé mentale.

La qualité de vie associée à la santé (*health related quality of life*) s'attache à évaluer les conséquences de l'état de santé sur les différentes sphères de la vie d'un individu. Cette conception est souvent confondue avec la qualité de vie globale.

La qualité de vie des patients sous chimiothérapie est significativement altérée en comparaison avec des patients ne recevant pas de traitement. Le fonctionnement social et de fonctionnement physique sont plus bas chez les patients sous traitement.

La qualité de vie est faible dans les domaines de la santé, du fonctionnement global et de la vie sexuelle chez des patients nouvellement diagnostiqués.

Les personnes vivant seules ont une moindre qualité de vie d'autant plus si elles sont jeunes.

La qualité de vie semble plus altérée ainsi que le bien-être physique, émotionnel et fonctionnel chez les patients atteints de cancers divers, souvent chez les patients les plus jeunes et chez ceux présentant un cancer au stade avancé en comparaison avec un stade primaire

b. Le développement post-traumatique

Pour certaines personnes, la vie sera vécue comme la possibilité de tirer des leçons et de redéfinir leurs priorités, leurs systèmes de valeurs ou encore de percevoir leur vie et le monde environnant plus positivement.

C'est l'étude des conditions et des processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions.

Lors du développement post-traumatique il y a des changements positifs, psychologiques résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement (traumatique) de vie défiant hautement les ressources de l'individu. Il y a l'idée de lutte, de combat en rapport avec l'événement (=coping). C'est le cas de 30% à 70% des survivants d'événements traumatiques (accident de route, catastrophes naturelles, maladies...).

Il y a 3 domaines de croissance dans lesquels les individus sont susceptibles de percevoir des changements :

- Le self
- Les relations interpersonnelles
- La philosophie de vie

Des changements identitaires et de remises en question des croyances peuvent avoir lieu lors :

- Événement traumatique (séisme psychologique) : remise en question des croyances
- Détresse émotionnelle intense
- Survenue des pensées intrusives et automatiques sur l'événement, de type « ruminant »
- Révision des schémas fondamentaux et des buts : le traumatisme implique un désengagement vis-à-vis de ce qui n'est plus réalisable, crée un terrain propice à l'accession à un nouveau sens de vie.

Au niveau des changements évoqués par les personnes :

- Pas l'objet d'illusion
- Expérimenté comme un résultat
- Pas un mécanisme d'adaptation

Il n'y a pas systématiquement un développement post-traumatique après tout stress mais il ne faut pas nier l'existence d'effets négatifs suite à un traumatisme.

VII. Le cancer

Etude de 92 femmes en fin de traitements pour un cancer du sein, stade I et II

83% de ces femmes citent au moins un bénéfice :

- Relations aux autres : 46%
- Appréciation de la vie : 12%
- Nouvelles possibilités : 11%
- Force personnelle : 9%
- Spiritualité : 6%

Etude de 32 femmes atteintes de cancer du sein de 33 à 71 ans de 1 à 5 ans après leur diagnostic

- J'apprécie plus ma vie et sa vraie valeur : 100%
- Je fais de ma vie quelque chose de meilleur : 97%
- J'apprécie davantage chaque jour de ma vie : 97%
- J'ai découvert que je suis plus forte que ce que je pensais : 97%
- J'ai changé mes priorités dans la vie : 94%
- J'accepte mieux la façon dont les choses se passent : 91%

5 ans après le diagnostic pour un cancer du sein, 62% disent que le cancer a été plus positif que négatif. 13% le perçoivent comme uniquement positif.

10 ans après, le cancer est perçu par la majorité comme ayant été plus positif que négatif.