

## La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature

### The contribution of health psychology in therapeutic education - Literature review

**Necib Amina<sup>1\*</sup>, Beddad Nadia<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Doctorante en psychologie clinique, Université d'Alger 2 Abou el Kacem Saâd Allah  
Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique  
& Psychologue en Pédiatrie, Bologhine Ibn-Ziri  
[necib.amina@univ-alger2.dz](mailto:necib.amina@univ-alger2.dz)

<sup>2</sup> maître de conférences (MCA –HDR), Université d'Alger 2 Abou el Kacem Saâd Allah  
Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique  
[bedad.nadia@univ-alger2.dz](mailto:bedad.nadia@univ-alger2.dz)

**Date de réception :** 30/07/2022

**Date d'acceptation:** 16/10/2022

**Date de publication:** 30/12/2022

**Résumé :** L'éducation thérapeutique du patient vise à rendre les patients confrontés à la maladie chronique plus autonome en facilitant leur adhésion aux traitements et en améliorant leur qualité de vie. C'est un dispositif pluridisciplinaire en plein développement. L'objectif de cet article est de proposer un état des lieux de l'éducation thérapeutique et de ses perspectives en lien avec la psychologie, en particulier la psychologie de la santé, en tant que discipline et pratique. Il vise à mettre en évidence la place et la contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

**Mots-clés :** L'éducation thérapeutique ; la psychologie de la santé ; maladie chronique.

**Abstract:** Therapeutic patient education aims to make patients confronted with chronic disease more independent by facilitating their adherence to treatments and improving their quality of life. It is a multidisciplinary system in full development. The objective of this article is to provide an inventory of therapeutic education and its perspectives in relation to psychology, in particular health psychology, as a discipline and practice. It aims to highlight the place and contribution of health psychology in therapeutic patient education (TPE).

**Keywords:** Therapeutic education; health psychology; chronic disease.

\* **Auteur correspondant** .Necib & Amina/[necib.amina@univ-alger2.dz](mailto:necib.amina@univ-alger2.dz)

## I- Introduction :

La complexité des prises en charge en matière de santé nécessite, dans la plupart des cas, l'intégration de plusieurs perspectives thérapeutiques. Cela permet d'enrichir sa boîte à outils : ce n'est plus au patient de « s'acclimater » à son thérapeute, mais au thérapeute de s'adapter à la singularité de son patient. Le questionnement que cela implique va au-delà du simple caractère technique, car il convient de mettre en discussion les approches et les outils bien au-delà de la psychologie. Aujourd'hui, il convient d'aller bien au-delà de la discipline (psychologie) pour chercher en médecine, en sciences cognitives, en neurosciences, en informatique, en anthropologie ou dans le domaine de la nutrition, des ressources nouvelles et pertinentes pouvant contribuer au mieux-être des patients. Cette posture épistémologique est dans les gènes de la psychologie de la santé qui, depuis son origine, a tissé des liens étroits avec des disciplines parfois éloignées pour permettre aux modèles les plus heuristiques d'émerger et aux interventions les plus pertinentes de s'imposer. Ce n'est pas un hasard si, à Metz, a été créé, en 2015, à l'initiative de l'équipe de psychologie de la santé (Espam / Apemac EA 4360) le Centre Pierre-Janet qui est un centre de recherche et de prise en charge psychothérapeutique des patients (Tarquinio, Castro, 2017).

La psychologie de la santé est une discipline récente qui a pour objet principal d'analyser les facteurs psychologiques liés à l'apparition et à l'évolution des maladies somatiques. Dans les sociétés industrialisées, la prévalence des maladies chroniques ne cesse de croître, notamment en raison de l'évolution des modes de vie qui peuvent engendrer un stress chronique avec l'apparition de symptômes dépressifs et la consommation de substances psychoactives. De plus, la présence de nombreux polluants ainsi que l'allongement de l'espérance de vie liée aux progrès notables de la médecine expliquent aussi une part de l'augmentation des maladies chroniques. Ces pathologies s'accompagnent souvent de douleurs chroniques et/ou de co-morbidités psychologiques dégradant la qualité de vie des individus (Bair et al., 2003 ; Ciaramella et Poli, 2001 ; Ormel et al., 2007).

Au regard de ces constats, les recherches menées au cours des dernières décennies sur les facteurs biopsychosociaux modulant l'évolution des maladies chroniques ont favorisé l'ancrage de la psychologie de la santé dans la pratique clinique au sein de structures de soin jusqu'alors exclusivement dévolues à l'exercice de la médecine somatique. Les psychologues sont, par exemple, de plus en plus impliqués dans la prise en charge des patients fréquentant des services de cancérologie, gastro-entérologie, rhumatologie ou cardiologie. Un certain nombre de modes d'interventions cliniques, scientifiquement validées, peuvent être déployés dans le cadre de ces structures de soins en vue d'infléchir positivement le cours de la maladie. Ces méthodes permettent notamment un recouvrement plus rapide de la santé, une diminution des risques de rechute, voire une amélioration substantiellement de la qualité de vie des personnes malades à travers une meilleure gestion des souffrances physiques et psychiques. Ces approches sont cohérentes avec les modèles de la psychologie de la santé, notamment le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984), et celui de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994), qui replacent la maladie chronique dans une perspective biopsychosociale. C'est dans cette optique que nous présentons ci-après certaines avancées importantes pour la pratique clinique des psychologues de la santé.

L'objectif du présent article est de montrer en quoi la psychologie de la santé est nécessaire à l'éducation thérapeutique, grâce notamment:

- 1) au repérage de la comorbidité psychopathologique fréquemment associée à la maladie chronique ,
- 2) à l'apport théorique autour de la notion de représentation de la santé et de la maladie,
- 3) et enfin dans sa contribution aux techniques et interventions favorisant l'adhésion thérapeutique.

## **II– une comorbidité psychopathologique dans la maladie chronique :**

Selon le rapport de l'OMS (2014), 68 % des décès dans le monde en 2012 ont été causés par une maladie chronique non transmissible, soit 38 millions de personnes. En 2030, le nombre de décès pourrait dépasser les 52 millions. Ces maladies sont essentiellement d'origine comportementale, la part du déterminant génétique diminuant avec l'avancée en âge. En France, 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours, parmi lesquelles 15 millions sont atteintes de maladies chroniques et 9 millions sont déclarées en affections de longue durée (Briançon et coll., 2010). Les patients doivent faire face à des problèmes de santé persistants et des situations de handicap, éviter de nouvelles maladies, surmonter des difficultés familiales et socio-économiques et se confronter à des regards qui ne sont pas toujours bienveillants (OMS, 2006 ; Matheson et coll., 2011). Ils doivent apprendre à vivre au mieux avec leur maladie.

Le patient est souvent envoyé vers le psychologue par le médecin et/ou l'équipe soignante pour un problème de non adhésion au traitement repéré par une aggravation de l'état de santé ou des hospitalisations en urgence fréquentes. Mais est-ce vraiment un problème d'observance « simple », de refus ou de difficultés de suivre le traitement, ou est-on en face d'un patient potentiellement en souffrance psychique ?

Dans la littérature actuelle, des revues de la littérature montrent des taux de prévalence de comorbidité psychopathologique chez les patients atteints de maladie chronique plus élevés qu'en population générale. Par exemple, lorsqu'on s'intéresse aux deux maladies les plus fréquentes chez les enfants et les adolescents (l'asthme et le diabète de type 1), la revue de la littérature sur l'asthme montre une prévalence plus élevée de dépression ou d'anxiété par rapport à des témoins non malades et une association plus ou moins positive entre la gravité de la maladie et les troubles psychologiques (Katon et al., 2004). Pour le diabète, il en est globalement de même (Dantzer et al., 2003) notamment pour la dépression (Culpepper, 2002).

Ces résultats sont également mis en évidence dans d'autres tranches d'âge (Katon, 2004) et concernant d'autres maladies chroniques (Moussavi et al., 2007). Ces derniers auteurs montrent également chez les patients atteints d'une maladie chronique avec une comorbidité dépressive d'autres conséquences, à savoir plus de symptômes, de plaintes, de douleurs, une moindre adhésion thérapeutique, une fréquentation plus importante services de santé, une qualité de la relation avec l'équipe soignante altérée.

Pour le diabète de type 1, des médecins avaient développé des programmes où il fallait respecter une valeur cible de glycémie et éviter les hyper ou hypoglycémies, pour théoriquement prévenir des séquelles. Sur le plan théorique, il fallait contrôler plusieurs fois par jour le taux d'hémoglobine glyquée avec une auto-mesure par piqûre au doigt, calculer les dépenses énergétiques, puis s'alimenter et s'injecter de l'insuline en conséquence. Tout écart était proscrit et il ne fallait donc pas sortir des valeurs seuils.

### **La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature**

Cela entraînant une prise alimentaire stricte, des auto-mesures très fréquentes, des injections régulières, en bref, un mode de vie très contraignant. Or, cette vie d'ascète ne peut durer qu'un temps car elle isole socialement et est source de situations de handicap. Des recherches sur l'insulinothérapie fonctionnelle ont pu montrer aujourd'hui qu'il est préférable d'apprendre au patient à restaurer le niveau de la glycémie, plutôt que d'empêcher à tout prix le dépassement des seuils (Nicolucci et coll., 2013). Un écart peut être ainsi corrigé sans que cela prenne des proportions majeures. Dans cet exemple, un équilibre est trouvé entre un contrôle indispensable et une liberté d'action.

Une maladie chronique bouleverse la perception du temps, ce dont les proches et les professionnels non malades ne se rendent pas toujours compte. Lorsque l'on n'a que quelques années, voire quelques mois à vivre, le curseur du court et du moyen terme est modifié par rapport à un individu sain (Guerdoux et coll., 2016). Le temps s'apprécie différemment, il est vécu plus intensément. Il rend les événements de vie plus saillants. Les patients malades chroniques deviennent plus sensibles aux événements négatifs.

Les études utilisant des méthodes d'auto-évaluation fréquente (*Ecological Momentary Assessment*) montrent à quel point les oscillations retraçant le vécu quotidien sont amples et variables chez les patients souffrant d'une maladie chronique (Barge-Schaapveld et coll., 1999 ; Chepenik et coll., 2006 ; Ebner-Priemer et Trull, 2009; Ninot et coll., 2010; Rot et coll., 2012). L'état de santé perçu du jour n'est pas celui du lendemain (Frey et Suki, 2008). Les auteurs parlent de « vulnérabilité du soi ». Ces fluctuations induisent une plus grande « imprédictibilité du soi » à moyen terme (Kernis et coll., 1993), et donc des comportements moins prévisibles.

Le diagnostic d'une maladie chronique, passé le choc de l'annonce, peut être un moteur motivationnel majeur de changement de comportement si l'annonce est bien faite et si l'accompagnement choisi est fondé sur la science et personnalisé (Christensen et coll., 2000). L'équipe de professionnels doit tout mettre en œuvre pour associer le patient à la prise de décision et l'aider à maintenir ce changement comportemental à long terme (Matheson et coll., 2011). Ce processus dynamique se nomme l'ajustement psychologique à la maladie chronique (Stanton et coll., 2007 ; De Ridder et coll., 2008 ; Moss-Morris, 2013). Il peut aussi s'appeler la résilience ou l'appropriation de la maladie chronique selon les référentiels théoriques (voir ci-après). Il ne dépend pas de la personnalité (Jokela et coll., 2013, 2014 ). Il prend du temps et impose souvent des modifications du style de vie et de relation avec l'entourage.

### **III- la notion de représentation de la santé et de la maladie :**

Les représentations ou conceptions de la santé font référence à la façon dont les gens perçoivent et définissent la santé (Hakim et Wegmann, 2002; Laffrey, 1986). Les représentations des maladies, pour leur part, sont définies comme un ensemble organisé de croyances qu'entretiennent les individus au sujet des maladies en général ou d'une maladie en particulier, par exemple le diabète (Ogden, 2008). Selon le modèle d'autorégulation du comportement de maladie conçu par Leventhal (Leventhal, Leventhal et Cameron, 2001; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984), les représentations des maladies comprennent cinq catégories de croyances (identité, causes, conséquences, trajectoire et contrôlabilité / traitement) qui sont organisées entre elles et forment ainsi une vraie théorie « populaire » au sujet des maladies.

## La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature

- l'identité : correspond à l'étiquette attribuée à la maladie c'est-à-dire le diagnostic médical et les symptômes ressentis (e.g., « j'ai une migraine » correspond au diagnostic, « c'est normal que ça me lance dans la tête » correspond aux symptômes)
- la cause perçue de la maladie : ce sont les causes évoquées par les patients sur l'étiologie de la maladie (cf théorie « naïves » de la maladie ; Pardinielli, 1998), par exemple « mon mal de tête a été causé par la surcharge de travail »
- la chronologie (ou durée) : correspond à la durée perçue par les patients de leur maladie (ponctuelle, chronique, évolutive, etc.), par exemple « ma migraine sera terminée d'ici demain »
- les conséquences : correspond aux effets perçus de la maladie (physiques, sociaux ou émotionnels) sur la vie des patients (e.g. « je ne vais pas pouvoir aller au restaurant ce soir à cause de ma migraine »)
- la curabilité et la contrôlabilité : est la perception des patients concernant le potentiel de la maladie à être traitée ainsi que le contrôle que le patient pense ou pas pouvoir exercer sur sa maladie (e.g. « si je prends un médicament ou me relaxe ma migraine va passer »)

Compte tenu du fait que les maladies chroniques semblent en partie causées par les comportements et les styles de vie auxquels adhèrent les gens tout au long de leur vie, on reconnaît de plus en plus l'importance de la prévention, et ce, en intervenant au niveau des facteurs influençant les comportements relatifs à la santé (Brannon et Feist, 2004; Bruchon-schweitzer, 2002; Ogden, 2008; Taylor et Sirois, 2009). À cet égard, les recherches révèlent que les représentations de la santé et des maladies auraient un impact sur les comportements en matière de santé. une étude récente a révélé que les pratiques que les gens utilisent pour promouvoir leur santé sont liées à la façon dont ils définissent la santé (Levesque et Li, 2014). De même, les représentations des maladies semblent jouer un rôle déterminant dans la façon dont un individu réagit face à un ensemble de symptômes. elles orientent la prise de décision, à savoir à quel moment la personne ira chercher de l'aide, la source de soins qui sera privilégiée ainsi que les pratiques qui seront utilisées pour rétablir son état de santé (Leventhal, Nerenz et Steele, 1984; Leventhal, Leventhal et Cameron, 2001).

D'autre part, les recherches démontrent que la population générale a tendance à adhérer à des conceptions de la santé et des maladies qui diffèrent sensiblement de celles prescrites par le modèle biomédical (Cohen et al., 1994; Laffrey, 1986; Levesque, Li et Bohémier, 2013). ces divergences de perspectives auxquelles adhèrent les professionnels de la santé et leurs patients peuvent entraver la relation patient-médecin, créant une insatisfaction chez ces derniers quant à la qualité des soins reçus, qui, alors, peut entraîner des conséquences sur leur santé (Armstrong et Swartzman, 1999; 2001; Cohen et al., 1994; Harmsen et al., 2005; Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Pachter, 1994; Schlomann et Schmitke, 2007.)

## **La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature**

En somme, l'importance de s'interroger au sujet des représentations de la santé et des maladies, du point de vue des individus, découle du fait que ces croyances auraient un impact sur les comportements en matière de santé ainsi que sur les processus relationnels entre patients et professionnels de la santé.

Promouvoir les comportements favorables à la santé est un des objectifs de l'éducation thérapeutique. En éducation thérapeutique, comme en éducation pour la santé, les représentations sont fréquemment citées par les acteurs de terrain étant à la base de la compréhension des comportements de santé et donc nécessaires à prendre en compte dans la compliance.

Si l'on s'intéresse aux rôles prédictifs des croyances de santé dans les comportements de santé (par exemple les changements de mode de vie que les patients doivent réaliser pour améliorer leur état de santé comme la diminution ou l'arrêt de la consommation d'alcool, la reprise d'une activité physique régulière, le changement d'alimentation, l'auto-surveillance, etc.), l'approche socio-cognitive propose des théories pour comprendre et réaliser des actions sur ces comportements cibles. La théorie de l'action raisonnée (Theory of Reasoned Action, TRA ; Fishbein et al., 1975), et son extension la théorie du comportement planifié (Theory of Planned Behavior, TPB ; Ajzen, 1991) ont été très utilisées dans la prédiction des comportements de santé. Des méta-analyses attestent de la capacité de ces théories à prédire les intentions d'émettre le comportement ainsi que le comportement lui-même dans une grande variété de contextes (pour la TPB voir Godin et al., 1996 ; Armitage et al., 2000; pour la TRA, voir Shepherd et al., 1988). Dans le contexte de la maladie chronique, la TPB peut être utilisée pour mettre en place une intervention auprès d'un public spécifique en fonction de l'attitude des patients vis-à-vis d'un comportement de santé préconisé (e.g. le sevrage tabagique). Par exemple, une étude comparative réalisée auprès de patients adultes atteints de diabète de type 2 et/ou atteints de maladie cardiovasculaire avait pour objectif d'identifier les croyances des patients s'engageant ou non dans deux un régime pauvre en graisses et une activité physique régulière (White et al., 2007). Les résultats ont montré qu'une attitude générale positive perçue vis-à-vis de ces comportements (avoir plus de bénéfices à réaliser les comportements que de coûts) est un élément déterminant de la réalisation de ces deux comportements, avec également un effet positif de la norme subjective (notamment la famille et les amis) sur le comportement de suivi de régime pauvre en graisse.

### **IV- La contribution de la psychologie de la santé dans le développement de techniques et d'interventions visant à favoriser l'adhésion thérapeutique:**

La psychologie de la santé peut contribuer à l'éducation thérapeutique au travers de l'entretien motivationnel (Miller, et Rollnick, 2006). L'entretien motivationnel comprend notamment dans ses références théoriques le modèle trans-théorique du changement de Prochaska et Di Clemente (1982) ainsi que les théories de la prise de décision au travers de la notion de balance décisionnelle (Janis et al., 1977). Ce type d'entretien est très utilisé et a montré son efficacité dans le domaine des addictions (pour une revue voir Apodaca et al., 2009). Il est également de plus en plus appliqué à la maladie chronique pour l'aide à l'adhésion thérapeutique via les modifications des comportements de santé (Resnicow et al., 2002.)

Améliorer l'adhésion est un objectif difficile à atteindre. L'importance des perceptions du patient conduit naturellement à s'intéresser aux démarches prenant en compte ces dimensions personnelles comme l'éducation thérapeutique (ETP) ou l'entretien motivationnel.

Selon Depont et al (2015), les méthodes utilisées pour augmenter l'adhésion peuvent être classées en 4 catégories. L'entretien motivationnel fait partie des interventions comportementales bien qu'il existe des chevauchements entre les catégories proposées par ces auteurs : ainsi, l'ETP telle que réalisée en France n'est pas seulement informative. De même, l'ETP et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent inclure des éléments d'entretien motivationnel.

L'apport de l'entretien motivationnel pour améliorer l'adhésion dans les maladies chroniques a été bien étudié par plusieurs méta-analyses et revues systématiques.

Celle de Palacio (2016) a sélectionné 17 essais randomisés contrôlés évaluant des interventions motivationnelles individuelles présentes et/ou téléphoniques, de durée variable, comparée aux soins courants et conclut à une efficacité sur l'adhésion. Les pathologies analysées étaient principalement les patients vivant avec le VIH (10/17 études). Les résultats en taux d'observance, montraient une différence moyenne standardisée de 0.70 en faveur des groupes motivationnels.

Une étude plus récente (Zomahoun et al., 2017) montre aussi une efficacité de la communication motivationnelle par rapport aux soins courants dans diverses pathologies : épilepsie, maladie rénale chronique, diabète, VIH/sida, hypertension, schizophrénie, ostéoporose et troubles psychotiques. L'effet taille est faible, calculé à 0.12. Les meilleurs résultats étaient obtenus dans les études utilisant uniquement l'entretien motivationnel et de surcroît avec des intervenants supervisés.

Une étude avait inclus 64 patients souffrant de PR (polyarthrite rhumatoïde) détectés à risque d'anxiété ou de dépression et de dysfonctionnement cognitivo-comportemental (Evers et al. 2002). Le traitement par TCC individuelle hebdomadaire pendant 10 semaines proposait un large choix de thèmes selon les besoins du patient : douleur, fatigue, troubles de l'humeur, troubles du fonctionnement social. L'adhésion au traitement était significativement améliorée à 12 mois dans le groupe TCC alors qu'elle s'était aggravée le groupe contrôle.

En parallèle, le diagnostic éducatif est une démarche d'identification des besoins du patient, selon le modèle décrit par Le Pr J.F. D'Ivernois et le Pr R. Gagnayre (1995). Ce diagnostic éducatif est la première étape de l'éducation thérapeutique et constitue un support d'entretien. Il intègre des éléments propres au patient et à son environnement utiles pour élaborer un projet d'éducation individualisé (HAS, 2007, p. 27-32). Dans ce diagnostic éducatif, on y retrouve les dimensions cognitive et affective du patient ainsi que le projet du patient. Il serait intéressant de combiner les éléments à recueillir dans le diagnostic éducatif et de construire l'entretien en tenant compte du cadre d'intervention qu'offre l'entretien motivationnel.

Le diagnostic éducatif constitue la première étape du programme d'éducation thérapeutique personnalisée (HAS, 2007 ; Gagnayre et D'Ivernois, 1995 ; Gagnayre et Traynard, 2009 ; Traynard et al., 2002 ; Fournier et al., 2009 ; Lacroix, 2009 ; Da Costa Correia et al., 2008).

Selon la HAS (2007), le diagnostic éducatif permet d'« accéder par un dialogue structuré aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives, au ressenti du patient ». Il révèle « ce que le patient sait et croit sur sa manière de gérer sa maladie. A quoi l'attribue-t-il? Comment perçoit-il l'évolution...son caractère de gravité? » (Has, 2007). Il permet d'appréhender l'idée qu'il se fait de sa maladie, c'est-à-dire ce qui relève d'un « état de connaissance antérieur à un apprentissage systématique » (Lacroix, 1996) et ses croyances en matière de santé. Il identifie les répercussions de la maladie sur l'état psychologique et émotionnel du patient et sur ses relations sociales.



## La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature

La démarche engagée pour l'élaboration du diagnostic éducatif vise à susciter la réflexion du patient et sa compréhension par rapport à ses schémas de pensée, à ses comportements, à sa manière de gérer sa maladie. Il appartient au médecin de restituer au patient ce que lui-même a compris de la situation. Le processus est expliqué ainsi par Pierre-Yves Traynard : « Etablir un diagnostic éducatif à un moment donné avec un patient c'est pouvoir lui rendre compte de ce qui a été entendu (les émotions, les pensées, les représentations, les questions), restituer avec lui ce qu'il a compris, établir les écarts entre ce qu'il fait et le souhaitable, clarifier ce sur quoi on s'est ou non entendus » (Traynard, 2010).

La recherche sur le coping dans le domaine de la maladie chronique (Martz et al., 2007) a donné lieu à l'élaboration de prises en charge psychosociales construites directement à partir des résultats d'études empiriques avec la volonté de favoriser le développement de stratégies adaptées et minimiser les stratégies nocives pour l'individu dans l'ajustement à la maladie. Ces prises en charge visent en général l'adhésion au traitement des patients atteints de maladie chronique et se développent de plus en plus en France à l'heure actuelle. On retrouve ces prises en charge psychosociales sous les termes de « psychoéducation », les thérapies cognitive et comportementale (TCC) et plus récemment le Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) développé par Antoni (2006c) et son équipe de l'université de Miami en Floride qui est une prise en charge cognitive et comportementale (basée sur les TCC) associée à des techniques de gestion du stress (dont relaxation) spécifiquement adaptée aux patients atteints de maladie chronique (notamment dans le domaine du cancer et du VIH).

## V- Conclusion :

Aujourd'hui la psychologie de la santé, de par son foisonnement théorique, méthodologique et son rapprochement avec les disciplines connexes issues des sciences humaines et sociales et de la psychoneuroimmunologie, offre des perspectives de recherche et d'application qui semblent riches et prometteuses dans le domaine de l'éducation thérapeutique.

## Références:

- Ajzen I., (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50(2). Special issue: Theories of cognitive self-regulation. pp. 179-211.
- Antoni, M.H. ; Lechner, S. ; Kazi, A. ; Wimberly, S. ; Sifre, T. ; Urcuyo, K. ; Phillips, K. ; Gluck, S. ; Carver, C.S. (2006c) .How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74, 1143–1152.
- Apodaca, T.R. ; Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*. 104(5) 705-715
- Armitage, C.J. ; Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour. *Psychology and Health*. 15,173–189.
- Armstrong, T.L., & Swartzman, L.C. (1999). Asian versus western differences in satisfaction with western medical care: the mediational effects of illness attributions. *Psychology and Health*. 14(3) 403-416.
- Armstrong, T.L., & Swartzman, L.C. (2001) . *Cross-cultural differences in illness Models and expectations for the health care provider-client/patient interaction*. IN. Kazarian,S.S., & Evans, D.R. (dir.) *Handbook of Cultural Health Psychology*, san diego, academy press, p. 63-84.
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., Kroenke, K., (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine* 163 (20), 2433–2445
- Barge-Schaapveld, DQ. ; Nicolson, NA. ; Berkhof, J. (1999). Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatr Res*. 88,173-89
- Brannon, L., & Feist, J. (2004). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*, Belmont, Thomson Wadsworth.



## La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature

- Briançon, S., Guérin, G., Sandrin-Berthon, B.,(2010). Maladies chroniques. *ADSP*. 72:11-53
- Bruchon-schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*, paris, dunod
- Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R., (1994). Introduction à la psychologie de la santé. PUF, Paris.
- Chepenik, LG. ; Have, TT. ; Oslin, D. et al .(2006). A daily diary study of late-life depression. *Am J Geriatric Psychiatry*. 4, 270-9
- Christensen, CM. ; Bohmer, RM. ; Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care?. *Harv Bus Rev*. 78,102-112, 199
- Ciaramella, A., Poli, P., (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role pain, cancer type and treatment. *Psychooncology* 10, 156–165.
- Cohen, M.Z. et al. (1994). Explanatory models of diabetes: patient-practitioner variation. *Social Science and Medicine*. 38(1) 59-66.
- Culpepper, L. (2002). Depression and chronic medical illness: Diabetes as a model. *Psychiatric Annals*, 32,( 9) , Special issue: Depression in primary care: Where psyche meets soma. p. 528-534.
- Da Costa Correia, E. ; Roche, B. ; Guerraoui, A. ; Aguilera, D. (2008). Amélioration de l'état de santé des patients et des pratiques professionnelles : expérience de 4 ans de fonctionnement d'un Réseau Diabète. *Diabetes and metabolism*. 34,98.
- Dantzer, C. ; Swendsen, J. ; Maurice-Tison, S. ; Salamon, R. (2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes : a critical review. *Clinical Psychology Review*, 23.787-800
- De Ridder, D. ; Geenen, R. ; Kuijter, R. et al .(2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*. 372, 246-55
- Depont, F. ; Berenbaum, F. ; Filippi, J. et al. (2015). Interventions to Improve Adherence in Patients with Immune-Mediated Inflammatory Disorders: A Systematic Review. *PLoS One*. 10:e0145076.
- Ebner-Priemer, UW. ; Trull, TJ. (2009). Ecological momentary assessment of mood disorders and mood dysregulation. *Psychol Assess*. 21, 463-75
- Evers, AW. ; Kraaimaat, FW. ; van Riel, PL. ; De Jong, AJ. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: A randomized controlled trial. *Pain*. 100,141-53.
- Fishbein, M. ; Ajzen, I.(1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fournier, C. ; Buttet, P. ; Le Lay, E. (2009). *Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale dans le baromètre santé*. INPES.
- Frey, U. ; Suki, B. (2008). Complexity of chronic asthma and chronic obstructive pulmonary disease: implications for risk assessment, and disease progression and control. *Lancet*. 20; 372(9643): 1088–1099.
- Gagnayre, R. ; D'Ivernois, J-F.(1995). *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*, coll. éducation du patient, vigot, paris.
- Gagnayre, R. ; Traynard, PY. (2009). L'éducation thérapeutique : de la théorie à la pratique. *Traité de diabétologie*. 2ème éd. 3,493-508.
- Godin, G. ; Kok, G. (1996) . The theory of planned behavior: A review of its applications to healthrelated behaviours. *American Journal of Health Promotion*.11(2) 87-98
- Guerdoux, E. ; Gomez, A. ; Darlix, A. (2016). La conscience autoéotique dans les métastases cérébrales : regards croisés sur le voyage mental dans les temps. *Psycho-Oncologie*. 10,67-74
- Hakim, H., & Wegmann, DJ. (2002). A comparative evaluation of the perceptions of health of elders of different Multicultural Backgrounds. *Journal of Community Health Nursing*, 19(3) 161-171.
- Harmsen, J.A.M. et al. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a mutual understanding scale (Mus) .IN. a multicultural general practice setting. *Patient Education and Counselling*. 59(2) 171-181.
- Haute Autorité de Santé (2007). *Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*.
- Janis, I. ; Mann, L. (1977). *Decision making: A Psychological analysis of conflict, choice and commitment* . New York, Free Press.
- Jokela, M. ; Batty, GD. ; Hintsala, T. et al . (2014) .Is personality associated with cancer incidence and mortality? An individual-participant meta-analysis of 2156 incident cancer cases among 42 843 men and women. *Br J Cancer*. 110, 1820-4
- Jokela, M. ; Batty, GD. ; Nyberg, ST. et al . (2013).Personality and all-cause mortality: individual-participant meta-analysis of 3,947 deaths in 76,150 adults. *Am J Epidemiol*. 178, 667-75
- Katon, W.J. ; Richardson, L. ; Lozano, P. ; McCauley, E.,(2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66, (3) 349-355.
- Kernis, MH. (1993). The role of stability and level of self-esteem in psychological functioning. In: R.F. Baumeister, editors. *Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. New York : Plenum Press. 167-82

## La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature

- Kleinman, A. ; Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 88(2) 251-258
- Lacroix, A. (1996). Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients et aux soignants. *Bulletin d'Education du patient*. [en ligne]. 15 (3) Disponible sur [http :www.ipcem.org/ressources](http://www.ipcem.org/ressources).
- Lacroix, A. (2009). *Education thérapeutique ou alliance thérapeutique ? Actualités et dossiers en santé publique*. [en ligne] N°66, 16-18. Disponible sur [http :www.ipcem.org/ressources](http://www.ipcem.org/ressources).
- Laffrey, S.C. (1986). Development of a health conception scale. *Research in Nursing and Health*. 9(2) 107-113.
- Laffrey, S.C. (1986). Development of a health conception scale. *Research in Nursing and Health*. 9(2) 107-113.
- Lazarus, R., Folkman, S., (1984). Stress, appraisal and coping. Springer, New York.
- Leventhal, H. ; Leventhal, E.A., et Cameron, L. (2001). *Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive Model*. IN Baum,A. ;Revenson, T.A ; & Singer, J.E. (dir.) Handbook of Health Psychology, Mahwah, Lawrence Erlbaum, pp. 19-47
- Leventhal, H. ; Neren, D.R. ;& Steele, D.J. (1984) . *Illness representation and coping with health threats*. IN Baum,A ; Taylor, S.E. ;& Singer, J.E. (dir.) Handbook of Psychology and Health (vol. 5 : social psychological aspect of health), Hillsdale, Lawrence, Erlbaum . pp. 219-252.
- Levesque, A., & Li, H.Z. (2014). The relationship Between culture, health conceptions, and health practices: a Qualitative-Quantitative approach. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 45(4) 628-645.
- Levesque, L. ; li, H.Z., & Bohémier, M. (2013) . Cultural variations in health conceptions: a Qualitative approach», *Pimatisiwin: A Journal of Indigenous and Aboriginal Community Health*.11( 2) 215-229.
- Martz, E. ; Livneh, H. (2007). *Coping with Chronic Illness and Disability. Theoretical, Empirical and Clinical Aspects*. Springer, New York.
- Matheson, GO. ; Klügl, M. ; Dvorak, J. et al .(2011) Responsibility of sport and exercise medicine in preventing and managing chronic disease: applying our knowledge and skill is overdue. *Br J Sports Med*. 45,1272-1282
- Matheson, GO. ; Klügl, M. ; Dvorak, J., et al .(2011). Responsibility of sport and exercise medicine in preventing and managing chronic disease: applying our knowledge and skill is overdue. *Br J Sports Med*. 45:1272-82
- Miller, W. ; Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel*, Dunod
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *Br J Health Psychol*. 18, 681-6
- Moussavi, S. ; Chatterji, S. ; Verdes, E. ; Tandon, A. ; Patel, V. ; Ustun, B.(2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys”, *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
- Nicolucci, A. ; Kovacs Burns, K. ; Holt, RI. et al .(2013). Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2...): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabet Med*. 30,767-77
- Ninot, G. ; Delignières, D. ; Varray, A.(2010). Stability of physical self: examining the role of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Rev Appl Psychol*. 60, 35-40
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*, Bruxelles, de Boeck.
- OMS. (2006).Prévention des maladies chroniques : un investissement capital. Genève, suisse.
- OMS. (2014). Global status report on noncommunicable diseases: attaining the nine global noncommunicable diseases targets ; a shared responsibility.. Geneva, Switzerland
- Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.P., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Kawakami, N., Karam, E., Medina-Mora, M.E., Gureje, O., Williams, D., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., Kessler, R., (2007). Mental disorders among persons with heart disease: results from world mental health surveys. *General Hospital Psychiatry* 29, 325–332.
- Pachter, L.M. (1994). Culture and clinical care: folk illness Beliefs and Behaviors and their implications for health care delivery. *Journal of the American Medical Association*. 271(9) 690-694.
- Palacio, A. ; Garay, D. ; Langer, B. ; Taylor, J. ; Wood, BA. ; Tamariz, L. (2016). Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 31,929-40.
- Pedinielli, J.L. (1998). Les théories étiologiques des malades. *Psychologie Française*, 41(2) 137-145.
- Prochaska, J.O. ; DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 19,(3) 276-288.
- Resnicow, K. ; DiIorio, C. ; Soet, J.E. ; Borrelli, B. ; Hecht, J. ; Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology*. 21(5) 444-451.
- Rot, M. ; Hogenelst, K. ; Shoevers, RA. (2012). Mood disorders in everyday life: a systematic review of experience sampling and ecological momentary assessment studies. *Clin Psychol Rev*. 32, 510-23

## La contribution de la psychologie de la santé dans l'éducation thérapeutique - Revue de la littérature

- SchloMann, P. & SchMitke, J. (2007). Lay beliefs about hypertension: an interpretive synthesis of the qualitative research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 19(7) 358-367.
- Sheppard, B.H. ; Hartwick, J. ; Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*.15, 325-343.
- Stanton, A.L. ; Revenson, T.A. ; Tennen, H.(2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*. 58(1):565-592
- Tarquinio, C., & Castro, D., (2017). Le Centre Pierre-Janet, un nouveau lieu dédié à la recherche et à la formation. *Le Journal des psychologues* , 7 (349), 61 – 67
- Taylor, S.E., & Sirois, F.M. (2009). *Health Psychology*, Toronto, McGraw-Hill Ryerson.
- Traynard, PY. (2010). Le diagnostic éducatif : une bonne idée pour évoluer. *Revue médecine des maladies métaboliques*. [en ligne] 4 (1). Disponible sur [http .www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com).
- Traynard, PY. ; Oussi, I. ; D'Ivernois, JF. ; Gagnayre, R.(2002). Conseiller des patients diabétiques par téléphone : approche descriptive et pédagogique. *Diabetes Metab*. 28, 63-71.
- White, K.M. ; Terry, D.J. ; Troup, C. ; Rempel, L.A. (2007). Behavioral, normative and control beliefs underlying low-fat dietary and regular physical activity behaviors for adults diagnosed with type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology, Health & Medicine*. 12(4) 485-494.
- Zomahoun, HTV. ; Guénette, L. ; Grégoire, JP. et al. (2017). Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 46, 589-602.