

PERSPECTIVES CRITIQUES EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ. L'EXEMPLE DES RECHERCHES EN ONCOLOGIE

[Marie Santiago Delefosse](#)

Érès | « Nouvelle revue de psychosociologie »

2007/2 n° 4 | pages 9 à 21

ISSN 1951-9532

ISBN 9782749208275

DOI 10.3917/nrp.004.0009

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2007-2-page-9.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La santé : expériences subjectives et situations sociales

Perspectives critiques en psychologie de la santé L'exemple des recherches en oncologie

Marie SANTIAGO

La psychologie de la santé (*Health Psychology*) est une sous-discipline apparue aux États-Unis dans les années 1980. Elle s'est développée grâce à la conjonction de débats théorico-méthodologiques internes à la psychologie et de modifications politiques concernant l'économie de la santé. Dès les années 1980, ce courant s'est intéressé à la prise en charge des maladies graves, dont le cancer ; cela à travers l'analyse de corrélations issues d'échelles évaluant divers traits de personnalité supposés liés au développement ou la pénétration d'une maladie. Actuellement, cette approche (*mainstream*) centrée sur l'examen de variables individuelles et isolées de tout contexte est fortement questionnée à l'intérieur même de la discipline par un courant qualitatif et critique. Nous situons ici, les débuts de la psychologie de la santé dans son contexte historique et en faisant état de ses principaux résultats et des controverses concernant le cancer. Dans un deuxième temps, nous exposons les critiques adressées à ce courant dominant et les grandes orientations actuelles de la psychologie critique de la santé (*Critical Health Psychology*). Enfin, nous montrons l'apport de cette orientation récente à travers un résumé des résultats de recherches actuelles dans le domaine de l'oncologie ; résultats contextualisés qui donnent la parole au

Marie Santiago, professeur, psychologie de la santé, Institut de psychologie, Université de Lausanne, Marie.Santiago@unil.ch.

sujet, mais aussi à l'entourage et aux soignants comme parties prenantes des soins et de la prise en charge.

ORIGINES DE LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ ET PREMIERS TRAVAUX EN ONCOLOGIE

Définition et contexte socioculturel de la naissance de la psychologie de la santé

À ses débuts, la psychologie de la santé se positionne comme une critique du modèle biomédical. Le texte fondateur d'Engel (1977) propose de dépasser ce modèle et de le complexifier par une prise en compte des facteurs sociaux et psychologiques qui influencent la santé et la maladie. D'une approche biomédicale, il faut passer à une intégration bio-psycho-sociale. Ces considérations seront reprises sous la dénomination de « modèle » bio-psycho-social (BPS), composé de variables dissociables et mesurables mais en interaction sans qu'il n'y ait de théorie globale explicative de ces interactions. À partir de ces prémisses, les objectifs généraux de la psychologie de la santé vont être la compréhension de l'étiologie des maladies et des facteurs de maintien de la santé ; l'étude des facteurs psychologiques, sociaux, émotionnels, comportementaux de la maladie physique ou mentale ; la contribution aux diagnostics préventifs et à la rééducation des personnes malades et l'amélioration des systèmes de soins. Ces recherches font appel aux méthodes expérimentales quantitatives et utilisent principalement les questionnaires, échelles d'évaluation, analyses de corrélations, etc. (Matarazzo, 1985 ; Sarafino, 1990). Ces objectifs et ces méthodologies représentent, encore aujourd'hui, le courant dominant de la psychologie de la santé (*mainstream*). Un contexte particulier a favorisé l'essor de ce courant. En effet, à la fin des années 1970, les États-Unis traversent une période de crise économique dans le système socio-médical, qui entraîne une demande croissante d'évaluation, la naissance du DSM (Kirk, 1998 ; Good, 1998) et des modifications des systèmes universitaires par appel à des fonds privés (Krimsky, 2004). Cette résonance positive entre médecine comportementale, psychologie évaluative et économie de la santé est portée par un cadre historico-culturel où les intérêts d'une psychologie, considérant le sujet comme un individu isolé de tout contexte, rejoignent ceux d'une économie libérale (Stam, 2000a, 2000b). Cet accord parfait entre psychologie de la santé, idéaux sociaux-culturels de l'époque et attentes politico-médicales des États-Unis (et de certains pays anglo-saxons) permet une reconnaissance rapide de la recherche psychologique en milieu médical dans un pays où celle-ci était absente des domaines de la santé physique. Ce concours de circonstances favorise un rapprochement entre psychologie, sciences de l'évolution et biologie. Une série de travaux principalement cognitivo-comportementaux vont alors proposer des

« modèles » limités, issus des théories cognitives de l'évaluation (Health Belief Model, Protection Motivation Theory, Theory of Reasoned Action, Health Action Process Approach, etc.). L'ensemble des échelles, qui doivent évaluer les différents facteurs, présupposent que le fonctionnement humain est dissociable en facteurs, et que ces facteurs soient d'un niveau conscient et régi par une rationalité instrumentale : l'individu bien informé comprendrait son intérêt (le même que celui de la médecine) et agirait pour son mieux (la santé).

*L'approche du cancer dans le courant dominant :
recherche d'une personnalité spécifique*

C'est dans ce contexte que paraissent les premiers travaux concernant les liens entre cancer et personnalité. Certains se focalisent sur la recherche de caractéristiques qui pourraient différencier les sujets cancéreux des autres sujets en particulier celles psychosociales associées à un pronostic péjoratif chez les patients (Greer et coll., 1979 ; Watson et coll., 1988, 1990, 1999 ; Brees et coll., 1990 ; Morris et coll. 1992). D'autres cherchent à mettre en évidence des « traits » restreints associés à la maladie (alexithymie, anxiété, dépression, etc.) ou bien des « modes d'ajustement » au stress qui seraient spécifiques des sujets cancéreux (Temoshok, 1987, 1989, 1990 ; Grossarth-Maticzek, 1990 ; Watson et coll., 1988, 1999 ; Bruchon-Schweitzer, 2001). Les recherches qui ont le plus marqué le domaine se sont focalisées sur l'étude d'une hypothétique « personnalité de type C » (Morris et coll., 1992). En effet, devant le succès de la mise en évidence d'un mode de comportement prédisposant à la maladie cardio-vasculaire (type A), les auteurs anglo-saxons (suivis par les auteurs francophones) ont tenté de promouvoir un modèle identique pour la maladie cancéreuse. Les sujets prédisposés au cancer (type C) seraient : coopératifs, aimables, n'exprimeraient que peu d'affects négatifs, auraient des réponses de type factuel et respecteraient l'autorité avec peu d'affirmation de soi. Dans ce cadre descriptif, à la fois très vague et quelque peu réductionniste, le contrôle des émotions serait un trait de personnalité (et non pas lié à la situation) et deviendrait un facteur de risque et de pronostic péjorant dans la carcinogenèse. Les sujets à « personnalité type C » seraient des sujets dont l'adaptation n'est que surface et dont la caractéristique principale serait la « répression des émotions ».

Temoshok et ses collègues (1985, 1990) vont promouvoir ce modèle en le complexifiant et en cherchant à lui donner un fondement plus théorique, articulant les facteurs comportementaux et leurs soubassements physiologiques. Ils insistent sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une « personnalité », mais d'un « style d'ajustement » à une situation stressante (conflit ou perte) dont les variables peuvent être testées par des échelles. L'indice de suppression des émotions devient alors un facteur de risque

et de pronostic défavorable. L'orientation des interventions des praticiens doit être cognitivo-comportementale et aider à renforcer les stratégies d'ajustement protectrices (expression des émotions, renforcement de l'estime de soi et de la combativité, etc.).

CRITIQUES ADRESSÉES AU COURANT DOMINANT DE LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

Ces travaux vont faire l'objet de nombreuses critiques portant aussi bien sur les méthodes (éviter de la prise en compte du contexte, suppression de la flexibilité des modèles, exclusion des vécus concrets, etc.) que sur les postulats épistémologiques et théoriques (mise au service de la médicalisation et de l'individualisme de notre société, exclusion du sens du projet humain, etc.). Critiques qui relèvent des trois niveaux :

- empirique : un certain nombre de méta-analyses mettent en évidence des résultats très contradictoires issus de méthodologies problématiques et d'une absence de théorie expliquant les liens entre niveaux psychologique et biologique ;
- méthodologique : les méthodes sont approximatives du fait du manque d'homogénéité des définitions des concepts, de populations cliniquement hétérogènes et d'échantillons trop restreints ;
- théorico-épistémologique : le manque de rigueur du « modèle » bio-psycho-social, fondé sur les seules corrélations, permet toutes les extrapolations ; il isole le sujet de son contexte comme de sa dynamique évolutive. Il favorise ainsi une « psychologisation » a-théorique de la vie et de la maladie (Pignarre, 2006 ; Jadouille et coll., 2004 ; Murray, 2004 ; Lyons, Chamberlain, 2006).

Critiques fondées sur des recherches empiriques

Lorsqu'on examine les différents travaux s'intéressant aux traits prédisposant à la maladie cancéreuse ou aux traits qui permettraient un meilleur ajustement, on s'aperçoit que les résultats restent fort contradictoires. Pourtant, ces travaux ont eu un impact médiatique considérable y compris sur la pensée médicale. En effet, en 1975 l'étude de Greer et Morris, suivie de celle de Greer et coll. en 1990, vont montrer à l'aide de questionnaires avec 69 patientes (cancer du sein), que l'esprit combatif associé au déni de la gravité permettrait plus de chances de vie sans récurrence à cinq, dix et quinze ans. Un tel résultat ne sera pas sans répercussions tant sur les recherches ultérieures que sur les modes de prise en charge psychologique des patientes. Il semblait alors que la manière de « s'ajuster » psychologiquement pouvait avoir un impact direct sur l'évolution et les récurrences du cancer. Si bien que des générations de patientes seront fortement encouragées à « se montrer positives », à « se battre »

et à « faire face ». Pourtant, en l'état actuel de la recherche et des comparaisons par méta-analyses de la littérature, il apparaît qu'il n'y a pas d'argument convaincant en faveur d'un effet clinique important des stratégies d'ajustement sur la récurrence cancéreuse ou la survie (Gerits, 2000). Les duplications ne donneront que des résultats contradictoires (Dean et Surtees, 1989) voire une absence de résultats (Buddeberg et coll., 1997 ; Petticrew et coll., 1999, 2002).

De même, l'examen des liens entre facteurs psychosociaux et développement du cancer du sein montrent que quelques résultats sont en faveur d'un faible lien entre cancer du sein et répression émotionnelle (caractérisant la personnalité C) alors que dans la majorité on ne trouve aucun lien (Mc Kenna et coll., 1999). Par ailleurs, les recherches prospectives sont négatives (Persky et coll. 1987 ; Hahn et Petitti, 1988) voire contraires puisqu'elles mettent en évidence un lien entre l'expression de l'agressivité et le cancer colorectal (Shapiro et coll., 2001). Résultats contradictoires identiques, lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement à l'alexithymie, pauvreté dans l'expression des émotions, qui caractérise une grande part de la personnalité C (Jadoulle et coll., 2004). On s'est aussi interrogé sur le lien possible entre cancer et dépression ou sentiments dépressifs (ensemble de troubles hétérogènes caractérisés par un état de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie, d'entrain, etc.). Les résultats sont majoritairement négatifs, on ne trouve pas d'association significative entre cancer du sein et troubles anxio-dépressifs (Butow et coll., 2000). Les analyses longitudinales et prospectives (Zonderman et coll., 1989 ; Linkins et coll., 1990 ; Reynolds et coll., 2000) sur plus de dix ans et des cohortes allant jusqu'à 9 000 sujets n'ont montré aucun lien significatif entre état dépressif initial et développement ultérieur de la maladie cancéreuse.

Les travaux testant le lien qui serait « positif » entre événements de vie « stressants » et cancer, mettent en évidence le même type de résultat contradictoire. Une méta-analyse (Fox, 1995) indique que les études prospectives sont majoritairement négatives alors que les études rétrospectives sont contradictoires entre elles (Mc Kenna et coll., 1999 ; Butow et coll., 2000). D'autre part, Gerits (2000) remarque que la plupart des travaux s'intéressent aux situations de vie survenues dans les deux à cinq ans (maximum) avant le diagnostic de cancer, alors qu'une tumeur devient généralement détectable après huit ans. L'analyse du « stress perçu », c'est-à-dire la manière dont les sujets éprouvent les événements stressants ou pas, met en évidence également des résultats contre-intuitifs. L'étude quantitative longitudinale sur dix-huit ans, de Nielsen et coll. (2005) démontre que des femmes avec un haut niveau de stress perçu présentent des taux de cancer moindre que celle qui subissent un bas niveau de stress. Cependant ce résultat contre-intuitif entre en contradiction avec une étude longitudinale quantitative (Helgesson et coll., 2003) qui met en évidence des liens positifs entre taux de stress

important attribués à des événements de vie graves et cancer du sein. Enfin, l'étude de Lillberg et coll. (2001), quantitative et longitudinale, ne trouve aucun lien entre stress et cancer.

Devant ces résultats problématiques, les méta-analyses permettent d'avoir une vue plus globale des « évidences » et/ou des résultats qui sont peu fondés. Nombre d'entre elles remettent en question des affirmations encore en cours dans les médias, mais aussi en milieu médical, voire chez les psychologues (Mc Gee et coll., 1996 ; Petticrew et coll., 1999, 2002 ; Gerits, 2000). La prudence de nombreux auteurs qui ont conduit les recherches n'est guère prise en compte dans la diffusion des travaux.

Critiques méthodologiques

Les recherches quantitatives de psychologie de la santé et/ou de médecine comportementale associant des facteurs psychologiques et origines des pathologies restent très problématiques sur le plan méthodologique et, de ce fait, peu comparables (d'où les résultats contradictoires). Les liens, déduits de corrélations issues d'échantillons faibles, entre l'action des facteurs psychologiques sur les facteurs biologiques restent très problématiques. Non seulement les méthodologies sont porteuses de biais, mais l'absence même de théorie de ces liens permet n'importe quelle extrapolation. Les différentes méta-analyses relèvent principalement, individuellement ou associés, des problèmes méthodologiques majeurs : diversité des procédures du fait de questionnaires et d'échelles peu valides, échantillons restreints, absence de prise en compte de certaines variables biologiques déterminantes qui permettent de différencier les sujets entraînant une hétérogénéité des cohortes, courte durée de suivi prospectif qui favorise l'illusion rétrospective, etc. En revanche, nous savons que certains états psychologiques comme la dépression constante, le stress suivi, le déni des situations, ainsi que certaines situations difficiles de la vie peuvent favoriser l'altération de la santé ; cela non par la « puissance » de l'esprit, mais par les variables intermédiaires que sont les modifications comportementales ; par exemple la prise de substances (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites), les modifications de conduites (altérations de l'alimentation, sédentarité, isolement affectif et social) ou les conduites d'évitement (manque d'observance, délai de consultation, etc.). De telles modifications comportementales peuvent accompagner les maladies graves et/ou chroniques. Elles sont issues d'un double mouvement articulé à la fois les ajustements/évitements de la maladie et les théories subjectives des patients. Ces théories subjectives sont fondées sur leurs croyances intrapsychiques, mais aussi sur leurs savoirs/compétences inter-psychiques – recherche d'informations et de soutien auprès des proches, auprès des autres patients, auprès des différents soignants, sur les médias et, de

plus en plus sur les sites web. Ces modifications corporo-socio-psychologiques concernent l'ensemble de la vie personnelle et sociale de l'individu qui voit son monde bouleversé par une donnée nouvelle : la maladie (Santiago, 2007). Donnée qui remet en question à la fois sa manière d'appréhender/sentir/percevoir son corps individuel et social, sa manière d'exister auprès des autres proches et lointains, et, enfin, le sens intime qu'il a donné à sa vie jusqu'à l'apparition de ce bouleversement (remise en sens rétrospective, qui va permettre de construire l'avenir incertain). Expliquer la manière dont ces ajustements complexes modifient les comportements et la vie exige des méthodes centrées sur le patient situé dans son contexte et son évolution historico-culturelle.

Critiques théoriques et épistémologiques

La théorie n'est pas un luxe mais une donnée essentielle pour appréhender le monde de la santé et de la maladie, précisément parce que la théorie permet de rendre compte des contextes, interactions, ancrages politiques, épistémologiques et moraux (Stam, 2000, 2002 ; Murray, 2004). La pauvreté épistémologique du « modèle » bio-psycho-social indique qu'il s'agit davantage d'un système rhétorique promouvant un ensemble d'affirmations sur la santé et la maladie que d'un « modèle ».

L'absence de théorie du modèle BPS soutient une construction discursive particulière de la santé et de la maladie (socialement et politiquement marquée) comme ensemble de variables isolées dont l'identification serait possible et qui irait de soi. Ce modèle est donc a-réflexif sur son savoir et sur les conditions de sa production par les participants engagés dans la construction de la santé et de la maladie. Derrière un universalisme de surface, se cache surtout un individualisme qui caractérise de nombreux courants de la psychologie. Dès lors, l'analyse se suffit de l'utilisation de statistiques agrégatives qui permettent de poser des jugements en termes de oui/non. Les scores individuels apparaissent comme des « erreurs » dans un agrégat de déviations (Danziger, 1990). Ces agrégats ne favorisant pas le développement de concepts concernant les processus intra-individuels (les plus importants pour la discipline), il a fallu faire appel aux statistiques inférentielles qui ont résolu le problème à leur manière puisqu'elles permettent l'identification de propriétés avec des distributions hypothétiques. De ce fait, le sujet réel disparaît devant une de ses propriétés abstraites, la pensée, la mémoire, l'intelligence, etc. Ces choix méthodologiques, loin d'être neutres, introduisent l'impossibilité de prendre en compte le développement d'un sujet réel et l'analyse de son activité concrète dans les contextes quotidiens. La santé en tant qu'entité fonctionnelle efface la construction sociale et les rapports de forces qui englobent les activités qui vont du « tomber malade » au « devenir en bonne santé » (Stam, 2000b). L'absence de positionnement théorique, épistémologique et critique, conduit à postuler un monde

improbable de la santé, hors sens vécu, hors dynamique spatio-temporelle et hors contexte.

TRAVAUX DANS UNE PERSPECTIVE QUALITATIVE ET CRITIQUE

Ce « modèle » BPS, éloigné du vécu des patients, est remis en question depuis les années 1980 par un courant interne à la psychologie de la santé : la psychologie critique de la santé (Stam 1998, 2000b ; Dozon et Fassin 2001 ; Santiago, 2002 ; McLachlan 2004 ; Murray 2004 ; Juvin, 2005 ; Lyons et Chamberlain, 2006). Ce dernier propose d'autres méthodes, et des théories qui se fondent sur des études longitudinales de la vie concrète des patients, sur la manière dont les sujets donnent sens à leur activité. Les besoins des patients, leurs évolutions, leurs interactions avec leur entourage deviennent un des objets de l'investigation qualitative en psychologie de la santé ; un autre objet de travail étant l'analyse des impacts subjectifs des systèmes politiques et économiques des différentes organisations de soins. Leurs méthodes et dispositifs, en cohérence avec ces nouveaux postulats, sont de type qualitatif et refusent la réduction solipsiste d'un sujet (cognitif pur et/ou affectif pur) coupé de son corps, du monde psychosocial et du sens de son action. Cette orientation commence à être connue.

Certains travaux sont diffusés dans le *British Medical Journal* depuis les années 1995. Depuis les années 2000 pour ce qui concerne l'oncologie. Deux points communs réunissent ces études, au-delà de leur diversité, leur référence méthodologique qualitative et la centralité du point de vue du patient en tant que partie prenante d'un système historiquement et culturellement situé. Ces recherches font appel aux entretiens approfondis, individuels ou en groupe, et/ou à des observations participantes et longitudinales. Elles se focalisent autant sur les discours des patients que sur ceux des milieux d'entourage (proches, soignants, médecins, etc.) et/ou sur les dispositifs de soins. Abandonnant les hypothèses psychologiques explicatives de la carcinogenèse, ces études s'intéressent aux formes de communication qui permettent d'améliorer la qualité de vie, ou bien à la meilleure compréhension des vécus, ou, encore, à leur différenciations et à la nécessaire adaptation à chaque patient. Des différents travaux, il ressort que les stratégies subjectives individuelles, dès lors qu'il s'agit d'une question cruciale pour le sujet, ne peuvent faire l'objet de réponses standard. L'importance de la communication individualisée, adaptée au « bon moment » pour chaque patient est primordiale. Certains travaux démontrent qu'il n'est pas bon de « tout dire » ou de « partager totalement les informations ». Il est nécessaire d'adapter le « contenu » de la communication aux besoins des patients et des proches ; ce qui implique d'établir une qualité de parole suffisante entre soignants et soignés permettant l'évaluation des attentes de la personne. Par ailleurs, les besoins de partage de l'information dépendent de la

période et de l'avancement de la maladie (Kirk et coll., 2004). Nous sommes loin de résultats universels qui proposent ensuite des recettes de communication et/ou un suivi psychologique normatif. D'autres études mettent en évidence la différence, perçue et vécue par les patients, entre une communication « apprise » en formation par les médecins et une communication « vraie et soutenante ». Une étude oppose le besoin de « sincérité » dans la communication patients-soignants à la communication « factice stéréotypée » de certains médecins. Les patients sont plus attentifs aux qualités humaines et morales, au soutien et à l'attention que les médecins leur accordent qu'à leurs habiletés à communiquer (Burkitt et Wright, 2004).

D'autres études qualitatives montrent l'écart encore important entre vécus des patients et croyances des soignants à propos de la communication effectivement réalisée. D'un côté, les patients souhaitent une communication informative, adaptée à leur cas et soutenante face à leurs craintes ; de l'autre, les soignants affirment combien cette communication est nécessaire et cruciale. Cependant, les patients observent que cette communication est inexistante. Les soignants reconnaissent leur confusion, et espèrent que d'autres établissent la communication à leur place, ou que les patients initient d'eux-mêmes le dialogue (Stead, 2001).

Cette distorsion entre attentes et perception est encore plus présente dans les pathologies cancéreuses susceptibles de stigmatiser les sujets. L'association du cancer du poumon au comportement tabagique dans la population générale conduit de nombreux patients à vivre la maladie de manière honteuse et coupable (fumeurs et non fumeurs). De ce fait, ils ont l'impression d'être abandonnés par les services et perdent espoir dans toute recherche de support social y compris parmi les soignants (Chapple et coll., 2004). Au point de vue de la prise en compte du contexte social et culturel des patients, certains travaux mettent en évidence les différences de besoins entre les patients des pays occidentaux et ceux des pays en voie de développement. Cette différence démontre que toute étude reposant sur des questionnaires d'évaluation identiques dans des contextes aussi différents n'a aucun fondement scientifique. Ces travaux soulignent que ces différences apparaissent non seulement dans les inégalités de ressources existantes mais aussi dans la forme de l'expérience vécue de la maladie et dans l'expression différenciée des besoins de soutien (Murray, Grant et coll., 2003). Pour conclure, on voit que la « petite psychologie », suivant le terme de Pignarre (2006), ancree sur des « petites études par questionnaires » et fondée sur une méthodolâtrie (Bruner, 1990) a-contextualisée, demeure la piètre servante d'un modèle biomédical qu'elle tentait de subvertir à ses débuts. Par « petite psychologie », nous entendons ici une tendance qui prétend réduire la complexité du monde et aux seules explications psychologiques, en diffractant le sujet en facteurs isolés de son contexte et de son développement. Ces réductionnismes biologique et méthodologique

a-théorique « figent » les soins, leur sens et l'organisation de leur prise en charge dans une « normativité » hors vivant (Canguillem, 1966). Hors vivant parce que privée du sens, de l'évolution permanente et du contexte qui fondent la vie humaine.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUVERESSE, J. 1999. *Prodiges et vertiges de l'analogie*, Paris, Raisons d'agir.
- BREES S. ; MORRIS T. ; PETTINGALE K.W. ; HAYBITTLE J.L. 1990. « Psychological response to breast cancer and 15 years outcome », *The Lancet*, 1, p. 49-50.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. ; DANTZER R. 1994. *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. 2001. *Personnalité et maladies*, Paris, Dunod.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. 2003. *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.
- BUDDEBERG, C. ; BUDDEBERG-FISCHER, B. ; SCHNYDER, U. 1997. « Coping strategies and 10 year outcome in early breast cancer », *J. Psychosom. Res.*, 43, p. 625-626.
- BURKITT WRIGHT, E. ; HOLCOMBE, C. ; SALMON, P. 2004. « Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer : qualitative study », *BMJ*, p. 328, 864.
- BUTOW, P.N. ; HILLER, J.E. ; PRICE, M.A. ; THACKWAY, S.V. ; KRICKER, A. ; TENNANT, C. 2000. « Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style and personality factors in the development of breast cancer », *J. Psychosom. Res.*, 49, p. 169-181.
- BRUNER, J. 1990. *Car la culture donne forme à l'esprit*, Paris, EPEL.
- CANGUILHEM, G. 1966. *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CHAPPLE, A. ; ZIEBLAND, S. ; MC PHERSON, A. 2004. « Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer : qualitative study », *BMJ* : 10.1136/bmj.38111.639734.7C.
- DANZIGER, K. 1990. *Constructing the Subject : Historical Origins of Psychological Research*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DEAN, C. ; SURTEES, P.G. 1989. « Do psychological factors predict survival in breast cancer ? », *J. Psychosom. Res.*, p. 33, 561-569.
- DOZON, J.-P. ; FASSIN, D. 2001. *Critique de la santé publique*, Paris, Balland.
- ENGEL, G.L. 1977. « The need for a new medical model, a challenge for biomedicine », *Science*, 196, p. 129-146.
- FOX, B.H. 1995. « The role of psychosocial factors in cancer incidence and prognosis », *Oncology*, 9, p. 245-253.
- FOX, D. ; PRILLELETSKY, I. 1997. *Critical Psychology. An introduction*, London, Sage.
- GERITS, P. 2000. « Life events, coping and breast cancer : state of the art », *Biomed. Pharmacother.*, 54, p. 229-233.
- GOOD, B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité, et vécu*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- GREER, S. ; MORRIS, T. ; PETTINGALE, K.W. ; HAYBITTLE, L. 1990. « Psychological response to breast cancer and 15 years outcome », *Lancet*, p. 335, 49-50.

- GREER, S. ; MORRIS, T. 1975. « Psychological attributes of women who develop breast cancer : a controlled study », *J. Psychosom. Res.* 19, p. 147-53.
- GROSSARTH-MATICEK, R. ; EYSENCK, H.J. 1990. « Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory », *Psychological Reports*, 66, p. 355-373.
- HAHN, R. ; PETITTI, D.B. 1988. « MMPI rated depression and the incidence of breast cancer », *Cancer*, 61, p. 1031-1039.
- HEALTH PSYCHOLOGY UPDATE, 2003. *Publication of the Division of Health Psychology*, 12, 3, p. 1-25.
- HELGESSON, O. ; CABRERA, C. ; LAPIDUS, L. ; BENGTSSON, C. ; LISSNER, L. 2003. « Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women ». *Eur. J. Cancer. Prev.* 12, p. 377-381.
- JADOULLE, V. 2003. « Les dérives de la pensée psychosomatique », *L'évolution psychiatrique*, 68, p. 261-270.
- JADOULLE, V. 2005. *Grandeur et tentation de la médecine psychosomatique. Contributions théoriques et empirico-cliniques sur la pertinence de la démarche psychosomatique et sur les dérives de la pensée magique du « psychosomatisme »*, thèse pour le doctorat en sciences médicales, orientation psychiatrie, Université catholique de Louvain, faculté de médecine, Unité de recherches cliniques psychiatriques, sous la dir. de P. Meire et J.-P. Roussaux.
- JADOULLE, V. 2006. « Le déni comme angle d'approche psychosomatique en cardiologie et en oncologie », *Annales médico-psychologiques*, p. 164, 108-114.
- JADOULLE, V. ; OGEZ, D. ; ROKBANI, L. 2004. « Le cancer, défaite du psychisme », *Bull cancer*, 91, p. 249-56
- JUVIN, H. 2005. *L'avènement du corps*, Paris, Gallimard.
- KIRK, P. ; KIRK, I. ; KRISTJANSON, L.J. 2004. « What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told ? A Canadian and Australian qualitative study », *BMJ*, 328, p. 1343.
- KIRK, S. 1998. *Aimez-vous le DSM ?* Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- KRIMSKY, S. 2004. *La recherche face aux intérêts privés*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- LILLBERG, K ; VERKASALO, P.K. ; KAPRIO, J ; TEPPU, L. ; HELENUS, H. ; KOSKENVUO, M. 2001. « Stress of daily activities and risk of breast cancer : a prospective cohort study in Finland », *Int. J. Cancer.*, 91, p. 888-893.
- LINKINS, R.W. ; COMSTOCK, GW. 1990. « Depressed mood and development of cancer », *Am. J. Epidemiol.*, p. 132, 962-972.
- LYONS, A.C. ; CHAMBERLAIN, K. 2006. *Health Psychology, a critical introduction*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MATARAZZO, J.D. et coll. 1984. *Behavioral health : a handbook of health enhancement and disease prevention*, New York, Wiley.
- MAC GEE, R. ; WILLIAMS, S. ; Elwood M. 1996. « Are life events related to the onset of breast cancer ? », *Psychol. Med.*, 26, p. 441-447.
- MAC KENNA, M.C. ; ZEVON, M.A. ; CORN, B. ; ROUNDS, J. 1999. « Psychosocial factors and the development of breast cancer : a meta-analysis », *Health Psychol*, 18, p. 520-531.
- MAC LACHLAN, M. 2004. *Embodiment, Clinical, critical and cultural perspectives on health and illness*, London, Open University Press.

- MORRIS, T. ; PETTINGALE, K. ; HAYBITTLE, J. 1992. « Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with Breast Cancer and Lymphoma », *Psycho-oncologie*, 1, p. 105-114.
- MURRAY, M. 2004. *Critical Health Psychology*, London, Palgrave MacMillan.
- MURRAY, S.A. ; GRANT, E. ; GRANT, A. ; KENDALL, M. 2003. « Dying from cancer in developed and developing countries : lessons from two qualitative interview studies of patients and their careers », *BMJ*, 326, p. 1-5.
- NIELSEN, R.N. ; ZHANG, Z.F. ; KRISTENSEN, T.S. ; NETTERSTROM, B. ; SCHNOHR P. ; GRONBAEK M. 2005. « Self reported stress and risk of breast cancer : prospective cohort study », *BMJ*, p. 331, 548.
- PÉDINIELLI, J.L. 1996. « Les théories étiologiques des malades », *Psychologie française*, 41-2, p. 137-146.
- PERSKY, V.W. ; KEMPTHORNE-RAWSON, J. ; SHEKELLE, R.B. 1987. « Personality and risk of cancer, 20 year follow up of the Western Electric Study », *Psychosom. Med.*, p. 49, 435-49.
- PETTICREW, M. ; FRAZER, J.M. ; REGAN, M.F. 1999. « Adverse life events and risk of breast cancer : a meta analysis », *Br. J. Health psychology*, p. 4, 1-17.
- PETTICREW, M. ; BELL, R ; HUNTER, D. 2002. « Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer : systematic review », *BMJ*, 325, p. 1066-1069.
- PIGNARRE, P. 2006. *Les malheurs des psys, psychotropes et médicalisation du social*, Paris, La Découverte.
- REVAULT D'ALLONNES, C. 1989. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod.
- REYNOLDS, P. ; HURLEY, S. ; TORRES, M. ; JACKSON, J. ; BOYD, P. ; CHEN, V.W. 2000. « Use of coping strategies and breast cancer survival : results from the black/white cancer survival study », *Am. J. Epidemiol.*, 152, p. 940-949.
- SANTIAGO-DELEFOSSE, M. 2000. « Vers une psychologie clinique de la santé ? », *Bulletin de psychologie*, 53, 3, 333, 342.
- SANTIAGO-DELEFOSSE, M. 2002. *Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques*, Liège, Mardaga.
- SANTIAGO, M. 2007. « La fonction psychologique des "théories subjectives" de la maladie », dans D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon et A. Grimaldi (sous la direction de), *Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques*, p. 97-109, Paris, Masson.
- SARAFINO, E.P. 1990. *Health Psychology : Bio-psycho-social Interactions*, New York, Wiley.
- STAM, H.J. (Ed.). 1998. *The Body and Psychology*, London, Sage.
- STAM, H.J. 2000a. « Logic or psychologism : Smedslund's psychologic and health », *Journal of Health Psychology*, 5, p. 161-154.
- STAM, H.J. 2000b. « Theorizing health and illness : functionalism, subjectivity, and reflexivity », *Journal of Health Psychology*, 5, p. 273-283.
- STEAD, M.L. ; FALLOWFIELD, L. ; BROWN, J.M. ; Selby P. 2001. « Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer : qualitative study », *BMJ*, 323, p. 836-837.
- STEED, L.G. 1998. « A critique of coping scales », *Australian Psychologist*, 33, p. 193-202.

- TEMOSHOK, L. ; HELLER, B.W. ; SAGEBIEL, R.W. ; BLOIS, M.S. ; SWEET, D.M. ; CLEMENTE, R.J. ; GOLD, M.L. 1985. « The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma », *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 2, p. 139-153.
- TEMOSHOK, L. 1990. « On attempt to articulate the biopsychosocial model : psychological physiological homeostasis », dans H.S. Friedman (sous la direction de). *Personality and Disease*, NY, Wiley, chap 9, p. 203-225.
- WATSON, M. ; GREER, S. ; YOUNG, J. ; BURGESS, C. ; INAYAT, Q. ; ROBERTSON, B. 1988. « Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer : the Mac Scale », *Psychological Medicine*, 18, p. 203-209.
- WATSON, M. ; HAVILAND, J.S. ; GREER, S. ; BLISS, J.M. 1999. « Influence of psychological response on Survival in Breast Cancer : a population based cohort study », *The Lancet*, 34, 1331-1336.
- WILKINSON, S. ; KIRZINGER, C. 2000. « Thinking differently about thinking positive : a discursive approach to cancer patients' talk », *Social Science and Medicine*, 50, p. 797-811.
- ZONDERMAN, A.B. ; COSTA, P.T. ; MCCRAE, R.R. 1989. « Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample », *JAMA*, 262, p. 1191, 1195.

RÉSUMÉ

L'auteur présente les débuts de la psychologie de la santé en la situant dans son contexte historique et en faisant état de ses principaux résultats et des controverses concernant le cancer. Dans un deuxième temps, elle expose les critiques adressées au courant dominant et les grandes orientations actuelles de la psychologie critique de la santé (*Critical Health Psychology*). Enfin, un résumé des résultats de recherches actuelles dans le domaine de l'oncologie est présenté. Cette mise en perspective, des travaux des deux courants permet de démontrer l'importance de résultats contextualisés qui donnent la parole au sujet, à l'entourage et aux soignants comme parties prenantes des soins et de la prise en charge.

MOTS-CLÉS

Oncologie, psychologie critique de la santé, recherche qualitative, psychologie de la santé.

CRITICAL APPROACH IN HEALTH PSYCHOLOGY. THE EXAMPLE OF ONCOLOGY

SUMMARY

Author presents the beginning of Health psychology in its historical context, with its results and discussions about cancer. Secondly, she exposes the Critical Health Psychology point of view. Then she summarizes the main results in oncology from qualitative research. The confrontation between these two streams of Health Psychology shows the importance of contextualization and of the focusing on language and meaning.

KEY WORDS

Oncology, critical health psychology, qualitative research, health psychology.