



UNIVERSITÉ
DE PROVENCE

III^{ème} CONGRÈS INTERNATIONAL

DE PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

DE LANGUE FRANÇAISE

« PSYCHOLOGIE, SANTÉ ET SOCIÉTÉ »

Aix - en - Provence

23-25 JUIN 2005



Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur



CONSEIL GENERAL
DES BOUCHES-DU-RHÔNE
Chaque jour à vos côtés

Inserm



Aix en Provence



D.E.S.S. A.G.I.S



Institut de
Gérontologie Sociale

**Programme du IIIème Congrès International
de Psychologie de la Santé de langue française**

Association Française de Psychologie de la Santé

Université de Provence

Faculté de Lettres et Sciences Humaines

29 avenue Robert Schuman

Aix-en-Provence

Comité d'Organisation

Thémis APOSTOLIDIS, Julie BALBUENA, Mireille BASTIEN, David CASTELLA, Cathya CYPOWYJ, Olivier DESRICHARD, Lydia FERNANDEZ, Pierluigi GRAZIANI, Laura LANTEAUME, Michel MORIN, Aurélie PASQUIER, Caroline PELLETTI, Marie PREAU, Delphine REY, Marc SOUVILLE.

Comité Scientifique

Thémis APOSTOLIDIS, Mireille BASTIEN, Marilou BRUCHON-SCHWEITZER, Alain CERCLE, Olivier DESRICHARD, Gustave-Nicolas FISHER, Noëlle GIRAUD-LIDVAN, Danièle HERMAND, Michel MORIN, Jean Louis PEDINIELLI, Nicole RASCLE, Christian REVEILLERE, Marie SANTIAGO-DELEFOSSE, Florence SORDES, Marc SOUVILLE, Elisabeth SPITZ, Cyril TARQUINIO

Avec le soutien financier

Conseil Général des Bouches du Rhône, Conseil Régional Provence Alpes Côte d'Azur, Mairie d'Aix en Provence, Université de Provence, Institut de Gérontologie Sociale, INSERM-IFR SHESSAM, Ministère de la Santé

Jeudi 23 juin		
8h-9h	Grand Hall	Accueil / Mise en place des posters session I
9h-9h45	Amphi Guyon	Ouverture du congrès
9h45-10h45	Amphi Guyon	Conférence : Gaston Godin « Prévention et interventions psychosociales : confrontation à l'infection au VIH »
10h45-11h	Grand Hall	Pause café
11h-12h30	Amphi Guyon salle B242 salle B250	Sessions parallèles 1A à 1C 1A : Relation Médecin-Patient 1B : Évaluations et Vieillesse 1C : Perceptions, Douleur, Ajustement à la maladie
12h30-14h		Pause déjeuner
14h-14h30	Grand Hall	Session interactive de posters I
14h30-16h	Amphi Guyon Salle B250 Salle B242 Salle B234	Sessions parallèles 2A à 2D 2A : Symposium : Le burnout ou l'épuisement professionnel : un concept pour analyser l'influence du travail sur la santé, organisé par Didier Truchot 2B : Sport et Santé 2C : Addictions 2D : Observance thérapeutique
16h-16h30	Grand Hall	Pause café
16h30- 18h	Salle B250 Salle B242 Salle B234 Amphi Guyon	Sessions parallèles 3A à 3D 3A : Stress professionnel et personnel soignant 3B : Conduites à risque 3C : Symposium : Santé et précarité, organisé par Thémis Apostolidis et Christine Durif-Bruckert 3D : Cancer
19h-21h		Vin d'Honneur organisé par la Mairie d'Aix en Provence au « Pavillon Vendôme » rue Célony

Vendredi 24 juin		
8h30-9h	Grand Hall	Accueil / Mise en place des posters II
9h-10h45	Salle B250 Amphi Guyon	Sessions parallèles 4A à 4D 4A : Stress et traumatismes 4B : Symposium : Actualité des recherches qualitatives en psychologie de la santé : Travaux empiriques, organisé par Marie Santiago Delefosse 4C : Confrontations aux enjeux de santé dans les organisations 4D : Corps et santé
	Salle B242	
	Salle B234	
10h45-11h	Grand Hall	Pause café
11h-12h	Amphi Guyon	Conférence : Denise Jodelet « Culture et pratiques de santé »
12h-14h		Pause déjeuner
14h-16h30	Salle B250 Amphi Guyon	Sessions parallèles 5A à 5D 5A : Table ronde pratiques professionnelles 5B : Symposium vieillissement organisé par Geneviève Coudin 5C : Problématiques sociales de la santé et éducation à la santé 5D : Approches psychosociales du VIH
	Salle B242	
	Salle B234	
15h30-16h	Grand Hall	Pause café
16h-17h		Session interactive de posters II
17h30-18h30	Amphi Guyon	Assemblée générale de l'AFPSA
20h30		Dîner de gala au Restaurant Aquabella, 2 rue des Etuves
Samedi 25 juin		
8h30-9h	Grand Hall	Accueil
9h-10h30	Amphi Guyon	Sessions parallèles 6A à 6D 6A : Symposium : Approches psychosociales des risques sanitaires, organisé par Michel Morin 6B : Recherches méthodologiques en psychologie de la santé 6C : Santé des jeunes 6D : Qualité de vie
	Salle B250	
	Salle B242	
	Salle B234	
10h30-11h	Grand Hall	Pause café
11h-12h	Amphi Guyon	Conférence : France Kittel « Psychologie de la santé et santé publique »
12h-13h	Amphi Guyon	Clôture du congrès

Sessions Parallèles 1 Jeudi 23 juin : 11h-12h30

1A : Relation Médecin-Patient -Amphi Guyon-

Modérateurs : Claire Julian, Marie Lou Costantini

1. Silla M. Consoli (Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris), Stéphane Laurent (Service Pharmacologie Clinique, HEGP, Paris), François-André Allaert (Cenbiotech, CHRU, Dijon), Renaud Urbinelli (Cenbiotech, CHRU, Dijon), Irina Leurs (AstraZeneca, Rueil Malmaison)

Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement anti-hypertenseur

Contact : silla.consoli@hop.egp.aphp.fr

2. Isabelle Vincent (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)), Stéphanie Pin (INPES), Jean-Charles Verheye (INPES)

La relation médecin / malade dans la maladie d'Alzheimer

Contact : isabelle.vincent@inpes.sante.fr

3. Isabelle Bragard (Université de Liège), Aurore Liénard (Université Libre de Bruxelles), Virginie Duchêne (Université Libre de Bruxelles), Anne-Marie Etienne (Université de Liège), Yves Libert (Université Catholique de Louvain), Isabelle Merckaert, (Université Libre de Bruxelles), Julie Meunier, (Université Catholique de Louvain), Christine Reynaert, (Université Catholique de Louvain), Jessica Salis, (Université Libre de Bruxelles), Darius Razavi, (Université Libre de Bruxelles)

Analyse du rythme cardiaque de médecins candidats spécialistes en consultation oncologique simulée

Contact : Isabelle.Bragard@ulg.ac.be

4. Martine Quesnel (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Luc Guerreschi (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Catherine Garnier (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Serge Robert (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Francine Dufort (Université Laval)

Représentations sociales des antidépresseurs, des antibiotiques et des anti-inflammatoires

Contact : luc.guerreschi@neuf.fr

1B : Évaluations et Vieillesse -Salle B242-

Modérateur : Philippe Pitaud

1. Daniel Alaphilippe (Université de Tours - François Rabelais), Nathalie Bailly (Université de Tours - François Rabelais), Kamel Gana (Université de Nancy 2), Bettina Martin (Université de Tours - François Rabelais)

Étude des prédicteurs psychologiques de la santé chez l'adulte âgé.

Contact : daniel.alaphilippe@univ-tours.fr

2. Sibila Marques (Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)), Maria Luísa Lima (Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)), Rosa Novo (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa)

Être "vieux et malade": comment faire la différence? Défendre une perspective psychosociale

Contact : sibilamarques@hotmail.com

3. Souhir Bellasfar (Université Paris 7 -Denis Diderot), Maryse Siksou (Université Lyon II -Laboratoire de Psychologie de la Santé et du Développement)

Catégorisation, alternance et dépression chez les personnes âgées

Contact : souhirbel@yahoo.fr

4. Philippe Pitaud (Université de Provence)

Les migrants âgés entre souffrance et exil

Contact : dessagis@up.univ-mrs.fr

5. Pascal Antoine (Université Charles de Gaulle, Lille3, UPRES TEC), Christine Antoine (Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal (59)), Rollon Poinot (Institut Curie, Unité de Psycho-Oncologie, Paris)

Cognitions et détresse du sujet âgé : étude des liens avec le vieillissement et l'institutionnalisation

1C : Perceptions, Douleur, Ajustement à la maladie -Salle B250-

Modérateurs : Sylvie Pucheu, Stan Maes

1. Sylvie Pucheu, (Service de Psychologie et Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Silla Consoli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5)

Personnalité, représentations de la maladie et adaptation à une maladie chronique.

Contact : pascalle.van-vaeck@hop.egp.aphp.fr

2. Sandrine Irachabal (Université de Grenoble), Magalie Laffitau (Université de Bordeaux), Nicole Rascle (Université de Bordeaux), Françoise Radat (CHU de Bordeaux), Marilou Bruchon-Schweitzer (Université de Bordeaux), Patrick Henry, (CHU de Bordeaux)

La dramatisation de la douleur : processus d'évaluation ou stratégie de coping ?

Contact : sandrine.irachabal@iut2.upmf-grenoble.fr

3. Colette Aguerre (Université François Rabelais Département de Psychologie 3, rue des Tanneurs 37041 Tours cedex 1), Isabelle Vannier (Consultation pour le traitement de la douleur CHRU de Tours Hôpital Bretonneau 37044 Tours Cedex), Gaëlle Thoraval (Université François Rabelais, Tours)

Adaptation française du « Pain Stage of Change Questionnaire » (P.S.O.C.Q. ; Kerns & al., 1997), un questionnaire évaluant la propension au changement des douloureux chroniques

Contact : aguerre@univ-tours.fr

4. Maria de Lourdes de Vasconcelos (Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), Marta Fonseca (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), Rui Duarte Santos (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), Pierre Tap (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto)

L'évaluation subjective de la santé et ses relations avec les sentiments d'intégration et les processus d'adaptation

Contact : ceici@isbb.pt

5. Marlène Rizzo (Université Toulouse le Mirail), Florence Sordes-Ader (Université Toulouse le Mirail), Nathalie Breu Dejean (Université Toulouse le Mirail)

Les effets de l'éducation thérapeutique sur les représentations de la maladie, le stress, les stratégies de coping et l'observance, chez des adultes diabétiques insulino-dépendants

Contact : marlene.rizzo@laposte.net

Sessions Parallèles 2 Jeudi 23 juin : 14h30-16h

2A : Le burnout ou l'épuisement professionnel: un concept pour analyser l'influence du travail sur la santé organisé par Didier Truchot -Amphi Guyon-

Modérateur : Didier Truchot

1. Didier Truchot (Laboratoire de Psychologie, Université de Franche Comté)

Le burnout. L'état des recherches actuelles

Contact : didier.truchot@univ-fcomte.fr

2. Nicole Rascle (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Bordeaux 2)

Burnout et symptomatologie anxio-dépressive chez des chirurgiens dentistes : une approche centrée sur la personne

Contact : nicole.rascle@ps.u-bordeaux2.fr

3. Didier Laugaa & Marilou Bruchon-Schweitzer (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Bordeaux 2)

Stress et épuisement émotionnel chez les enseignants en élémentaire

Contact : didier.laugaa@wanadoo.fr

4. Didier Truchot (Laboratoire de Psychologie, Université de Franche Comté).

Équité distributive, équité procédurale et émergence du burnout. Une recherche auprès de travailleurs sociaux

5. Jean-Pierre Neveu (Université Montesquieu, Bordeaux / LIRHE-CNRE, Toulouse).

Épuisement professionnel et gestion des ressources humaines

Contact : neveu@univ-tlse1.fr

2B. Sport et santé -Salle A250-

Modérateurs : Agnès Bonnet, Marc Souville

1. Jérôme Tougne (Université de Reims Champagne-Ardenne)

Enjeux adaptatifs d'un investissement personnel intense en sport à l'adolescence

Contact : jtougne@hotmail.com

2. Benjamin Allègre (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), **Marc Souville** (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), **Pierre Therme** (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2)

Dépendance à l'activité physique et santé, quelles relations ?

Contact : benjamin.allegre@staps.univ-mrs.fr

3. Frédéric Boudin (Université F. Rabelais-Tours), **Christian Réveillère** (Université F. Rabelais-Tours), **Muriel Garcin** (Université des Sciences du Sport-Lille 2), **Laurence Hamard** (Université des Sciences du sport-Lille2), **Véronique Billat** (Centre de Médecine du sport, C.C.A.S. Paris), **Michel Lhermitte** (Université de pharmacie, Lille 2, Laboratoire de biochimie, CHR & U de Lille)

Facteurs psychologiques influençant la perception de la pénibilité d'un effort chez des sportifs de niveau sub-élite au cours d'exercices à intensité croissante et constante

Contact : fboudin@modulonet.fr

4. Agnès Bonnet (Université de Provence), **Vincent Bréjard** (Université de Provence), **Lydia Fernandez** (Université de Provence), **Annie Piolat** (Université de Provence), **Jean-Louis Pedinielli** (Université de Provence)

États émotionnels et prise de risques en plongée sous-marine

Contact : Agnes.Bonnet@up.univ-aix.fr

2C : Addictions -Salle A242-

Modérateurs : Alain Cerclé, Georges Rouan

1. Françoise Radat (Unité de traitement des Dououreux Chroniques, CHU Pellegrin, 33076 Bordeaux), **Magalie Lafittau** (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Bordeaux 2), **Sandrine IRACHABAL** (Université de Grenoble)

La dépendance aux antalgiques chez les céphalalgiques

Contact : francoise.radat@chu-bordeaux.fr

2. Solange Carton (Université Paris V), **Céline Jouanne** (Université Paris V), **Gilbert Lagrue** (Hôpital A. Chenevier, Consultation de Tabacologie)

Alexithymie, niveaux de conscience émotionnelle et recherche de sensations chez des fumeurs recherchant une aide pour un sevrage

Contact : solange.carton@univ-paris5.fr

3. Vincent Bréjard (Centre PsyCLE Université de Provence), **Agnes Bonnet** (Centre PsyCLE Université de Provence), **Georges Rouan** (Centre PsyCLE Université de Provence), **Lydia Fernandez** (Centre PsyCLE Université de Provence), **Jean-Louis Pedinielli** (Centre PsyCLE Université de Provence)

Rôle de l'alexithymie dans la consommation de substances psychoactives chez les jeunes adultes

Contact : vbrejard@up.univ-aix.fr

4. Céline Bonnaire (Université Paris V René Descartes), Catherine Bungener (Laboratoire de Psychopathologie Université Paris V René Descartes), Isabelle Varescon (Laboratoire de Psychopathologie Université Paris V René Descartes)

Recherche de sensations et alexithymie chez des joueurs de course de chevaux: comparaison entre des joueurs pathologiques, réguliers et occasionnels

Contact : celinebonnaire@chez.com

5. Alain Cerclé (LAUREPS/CRPCC - UNIVERSITE RENNES 2), Karine Pain (LAUREPS/CRPCC - Université Rennes 2)

Les fondements idéologiques des catégories de dépendance, d'abus et d'usage nocif : Analyse statistique textuelle et discursive des grilles DSM IV-CIM 10 et des rapports officiels (DGS, 1999, 2002).

Contact : alain.cercle@wanadoo.fr

2D : Observance thérapeutique -Salle A234-

Modérateurs : Elisabeth Spitz, Michel Morin

1. Marlène Rizzo (Université Toulouse le Mirail), Nathalie Breu-Dejean (), Florence Sordes-Ader (Université Toulouse le Mirail)

Les effets de l'éducation thérapeutique sur l'observance d'adultes atteints de diabète insulino-dépendant

Contact : marlene.rizzo@laposte.net

2. Pierre Moulin (Université Paul Verlaine Metz), Claudie Haxaire (Faculté de Médecine - Brest)

Discours masculins et féminins sur les pratiques de consommation de médicaments psychotropes en Lorraine

Contact : moulin@univ-metz.fr

3. Gérard Guingouain (Laureps Université Rennes 2), **Stéphane Perrissol** (Laureps Université Rennes 2), Florence Terrade (Laureps Université Rennes 2)

Étude des facteurs d'observance des prescriptions comportementales dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cardiopathies.

Contact : stephane.perrissol@uhb.fr

4. Laurent Muller (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz), Elisabeth Spitz (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz)

Étude de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue : une approche intégrative des théories sur l'autorégulation du comportement

Contact : l-muller@wanadoo.fr

5. Sylvie Pucheu (Service de Psychologie et Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Silla M. Consoli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5)

Rôle de l'alexithymie dans l'adaptation à une maladie chronique

Contact : pascal.van-vaeck@hop.egp.aphp.fr

Sessions parallèles 3 : jeudi 23 juin : 16h30-18h

3A : Stress professionnel et personnel soignant -Salle A250-

Modérateurs : Claudie Haxaire, Marc Souville

1. André Mariage (Université de Franche-Comté)

Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping : Etude auprès de personnels soignants

Contact : andre.mariage@univ-fcomte.fr

2. Fabienne Fasseur (Institut de psychologie. Psychologie de la santé. Université de Lausanne. Suisse), Marie Santiago (Institut de psychologie. Psychologie de la santé. Université de Lausanne. Suisse)

Analyse exploratoire de la signification de "santé au travail" pour des soignantes

Contact : fabienne.fasseur@unil.ch

3. Claudie Haxaire (Département de Sciences Humaines et Sociales, Faculté de médecine Brest)

Douleur, expression de la souffrance psychique dans la pratique de médecins généralistes de Bretagne Occidentale

Contact : claudie.taxaire@univ-brest.fr

4. Cristina Dumitru Lahaye (Université Paris V)

Expression de la souffrance psychique de médecins généralistes à travers les comptes-rendus de leur pratique

Contact : cristinalahaye@yahoo.fr

3B. Conduites à risque -Salle A242-

Modératrices : Lydia Fernandez, Dominique Lassare

1. Emilie Labbe (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé (CETAF)), Jean-Jacques Moulin (CETAF), Catherine Sass (CETAF), René Guéguen (CETAF), Virginie Dauphinot (CETAF), Caroline Dupré (CETAF); Laurent Gerbaud (Département de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand)

État de santé, comportements à risques et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle.

Contact : emilie-labbe@cetaf.cnamts.fr

2. Anne-Laure Saint-Antoine (Université de Metz), Pierre Moulin (Université de Metz)

Les déterminants psychosociaux du don de sang : Influence de l'attribution de responsabilité, des inférences personnologiques et de l'optimisme comparatif sur l'incitation au don de sang

Contact : laure.stantoine@wanadoo.fr

3. Sonia Mayordomo (Université d'éducation à distance), Silvia Ubillos (Université de Burgos)

Différences de genre dans les attitudes et dans les conduites sexuelles et à risque dans la population espagnole

Contact : smayordomo212@eresmas.com

4. Dominique Lassarre (Laboratoire de psychologie appliquée. Université de Reims), Dominique Meiffren (CUFR Nîmes)

Deux générations face aux risques sanitaires : émotions et catégorisation

Contact : dominique.lassarre@univ-reims.fr

5. Arnaud Siméone (Université Lumière, Lyon 2)

La perception du risque d'ébriété associé à une consommation conjointe d'alcool et de cannabis.

Contact : arnaud.simeone@univ-lyon2.fr

**3C : Santé et précarité organisé par Thémis Apostolidis et Christine Durif-Bruckert
-Salle A234-**

Modérateurs : Christine Durif-Bruckert, Thémis Apostolidis

1. Catherine Sass (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé) Caroline Dupré (CETAF), Emilie Labbe (CETAF), René Guéguen (CETAF), Laurent Gerbaud (Département de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand), Jean-Jacques Moulin (CETAF),

Un score individuel de précarité (EPICES) et les problèmes relatifs à la santé

Contact : catherine.sass@cetaf.cnamts.fr)

2. Pierre Tap (Université de Toulouse Le Mirail; Ceici (Coimbra, Portugal)), Maria de Lourdes Vasconcelos (Institut Supérieur Bissaya Barreto; Directrice du Ceici (Coimbra, Portugal))

Précarité et vulnérabilité psychologique : de quelques enseignements d'une recherche comparative franco-portugaise

Contact : pierretap@aol.com

3. Nicolas Fieulaine (Groupe d'Etude des Relations Asymétriques, Département de Psychologie Sociale, Université Lyon 2 (France); Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix-en-Provence), Thémis Apostolidis (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix-en-Provence, INSERM U379)

Perspective temporelle et situations de précarité : Régulations sociales et souffrance

Contact : Nicolas.Fieulaine@univ-lyon2.fr

4. Christine Durif-Bruckert (Département Psychologie sociale; GERA, JE 24 08, Université Lyon 2; ICAR-UMR 5191; CNRS/ENS-LSH), Anne Muriel Bagur (Psychologue, AVVEJ - Ressource)

Les liens Précarité-Santé : Diagnostic, traitement social et prises en charge.

Contact : christine.durif@univ-lyon2.fr

3D : Cancer

-Amphi Guyon-

Modératrices : Catherine Garnier, Nicole Rascle

1. Claire Julian-Reynier (Inserm UMR379), Catherine Noguès (Centre René Huguenin), D. Stoppa-Lyonnet (Institut Curie), Christine Lasset (Centre Léon Bérard), Fricker Jean-Pierre (Centre Paul Strauss), Elisabeth Luporsi (Centre Alexis Vautrin), Agnes Chompret (Institut Gustave Roussy), Rosine Guimbaud (Centre Claudius Regaud et le Groupe Génétique et Cancer (Berthet Pascaline, Bignon Yves Jean, Chevrier Annie, Demanges Liliane, Dreyfus Hélène, Dugast Catherine, Frenay Marc, Gesta Paul, Longy Michel, Lortholary A, N'Guyen TD, Sobol H, Venat-Bouvet L, Vennin Philippe, Zattara-Cannoni Hélène)

Dynamique de la Perception des risques et de caractéristiques psychologiques après résultats de tests de prédisposition génétique au cancer du sein : une étude longitudinale nationale Française

Contact : julian@marseille.inserm.fr

2. Lionel Dany (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix-en-Provence ; Centre Hospitalier de la Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille), Patrice Cannone (Centre Hospitalier de la Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille), Eric Dudoit (Centre Hospitalier de la Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille)

Cancer et genre : approche psycho-sociologique

Contact : lionel.dany@up.univ-aix.fr

3. Florence Cousson-Gélie (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Marilou Bruchon-Schweitzer (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Jean Marie Dilhuydy (Institut Bergonié), Loréna Matthey (Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Les facteurs psychologiques prédisent-ils la survie de patientes 9 ans après un diagnostic de cancer du sein ?

Contact : Florence.gelie@u-bordeaux.fr

4. Carole Fantini (Université de Provence. Aix Marseille I. Laboratoire PSYCLE), Jean Louis Pedinielli (Université de Provence. Aix Marseille I. Laboratoire PSYCLE), Sylvie Manouvrier-Hanu (Hopital Jeanne de Flandres. CHRU. Service de génétique clinique. LILLE)

Effets de la variabilité des processus de coping et de l'annonce du statut génétique sur l'ajustement émotionnel, de sujets à risque de cancers colorectaux héréditaires

Contact : cfantini@wanadoo.fr

5. Catherine Garnier (Université du Québec à Montréal)

Représentations sociales des acteurs de recherche en laboratoire de biochimie spécialisé dans le traitement du cancer

Contact : garnier.catherine@uqam.ca

Sessions Parallèles 4 : Vendredi 24 juin : 9h-10h30

4A. Stress et traumatismes -Salle B250-

Modérateurs : Danièle Hermand, Pierluigi Graziani

1. Esperanza López-Vázquez (Universidad de las Américas-Puebla), Herrera Mónica Encinas (Universidad de las Américas-Puebla)

Scolarité, locus de contrôle, stress et coping des sujets exposés au risque volcanique

Contact : esperanza.lopez@udlap.mx

2. Gregory Décamps (Laboratoire de psychologie appliquée "stress & société" EA3793 Université de Reims Champagne-Ardenne), Elisabeth Rosnet (Laboratoire de psychologie appliquée "stress & société" EA3793 Université de Reims Champagne-Ardenne)

Comparaison des manifestations de stress observées et déclarées au cours d'une expérience d'alitement de longue durée

Contact : greg.decamps@univ-reims.fr

3. Laurent Guillet (Université de Bretagne Sud), Danièle Hermand (Université de Lille 3)

Revue critique de la mesure du stress

Contact : laurent.guillet@univ-ubs.fr

4. Aure Veyssière (Université Paris 8 - Saint - Denis)

Après la déportation : coping et réinsertion d'anciens résistants français

Contact : olietaur@club-internet.fr

5. Pierre Tap (CEICI – Fundação Bissaya-Barreto), Rui Duarte Santos (CEICI – Fundação Bissaya-Barreto), Marta Fonseca (CEICI – Fundação Bissaya-Barreto), Maria de Lourdes de Vasconcelos (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto)

Les changements de références axiologiques des personnes en situation précaire dans la Région Centre (Coimbra, Portugal)

Contact : ceici@isbb.pt

4B : Symposium Actualité des recherches qualitatives en psychologie de la santé : Travaux empiriques organisé par Marie Santiago Delefosse -Amphi Guyon-

Modératrice : Marie Santiago-Delefosse

1. Marie Santiago Delefosse, (Université de Lausanne, Centre de Recherche en Psychologie de la Santé (CerPsa), Équipe de recherche « Psychologie Qualitative de la santé et de l'activité », UNIL, Lausanne, Suisse)

État des travaux anglo-saxons, De la psychologie qualitative de la santé à la psychologie critique de la santé

Contact : marie.santiago@unil.ch

2. Chantal Piot-Ziegler, N. Ruffiner-Boner, F. Fasseur, E. Castelao, M. Demierre, M-L. Sassi, J-D. Aubert M. Pascual (Équipe IRIS, Santé et Société, Psychologie de la santé, et Équipe de recherche « Psychologie Qualitative de la santé et de l'activité », UNIL, Lausanne, Suisse,; Centre de Transplantation d'Organes, CHUV, Lausanne, Suisse)

Étude qualitative des aspects psychologiques chez des patients en attentes de greffe (cœur, foie, poumon, rein)

Contact : Chantal.Piot-Ziegler@unil.ch

3. Marie Lou Costantini, A. Lancelot, Cyril Tarquinio et Jean Baptiste Lanfranchi (Laboratoire de Psychologie de la santé, Université de Metz,)

L'Échelle des Mécanismes de Défense des Soignants (EMDS) : un outil adapté à l'analyse de la pratique soignante.

Contact : ml.costantini@wanadoo.fr

4. Anne Paillé (Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris,)

Activité et émotion dans le travail infirmier

Contact : anne.paillé@free.fr

5. Alain Giami, Charlotte LeVan et Sharman Levinson (INSERM U569, Équipe Sexualité, Société, Individu,)

Représentations de la sexualité chez les médecins généralistes

Contact : giami@vjf.inserm.fr

4C : Confrontations aux enjeux de santé dans les organisations -Salle A242

Modérateurs : Noelle Giraud-Lidvan, Thémis Apostolidis

1. Lucie Côté (Université du Québec en Outaouais), Josée Lavoie (Université du Québec en Outaouais)

Les pratiques de réinsertion professionnelle suite à une invalidité pour problème de santé mentale lié au travail: le cas d'une entreprise financière canadienne

Contact : lucie.cote@uqo.ca

2. Lucie Côté (Université du Québec en Outaouais), Josée Lavoie (Université du Québec en Outaouais), Nathalie Benoit (Université du Québec en Outaouais)

Les problèmes de santé mentale au travail dans les institutions financières canadiennes: évolution des facteurs, stratégies et pratiques depuis 10 ans

Contact : lucie.cote@uqo.ca

3. Anne Marie Etienne (Université de Liège), Isabelle Willems (Université de Liège)

Optimisme et adaptation à un infarctus du myocarde : quelles relations?

Contact : AM.Etienne@ulg.ac.be

4. Jean Claude Manderscheid (Université de Franche-Comté), Laurence Lapointe (Conseil Général du Territoire de Belfort), Pierre Chauvin (INSERM U707 Paris), Béatrice Dupuis (Conseil Général du Territoire de Belfort)

Santé et précarité, le vécu des usagers des PAS

Contact : jean-claude.manderscheid@iut-pm.univ-fcomte.fr

5. Emilie Fabrizi (Université Paul Verlaine Metz), Noura Mohammedi (Université Paul Verlaine Metz), Pierre Moulin (Université Paul Verlaine Metz, Laboratoire ETIC)

« Désolé, vous n'avez le droit à rien ! » ou les discriminations dans le champ de la santé en Moselle.

Contact : moulin@sha.univ-metz.fr

4D : Corps et santé -Salle A234-

Modératrices : Michèle Koleck, Florence Sordes

1. Wioletta De Charry (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Silla M Consoli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Jean-Marc Chevallier (Service de Chirurgie Digestive. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Hélène Campelli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Sarah Bydlowki (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5)

Niveau de conscience émotionnelle, alexithymie et anxiété sociale chez les patients souffrant d'obésité morbide, candidats à la gastroplastie

Contact : decharry@club-internet.fr

2. Luc Guerreschi (Université Bordeaux 2, Université du Québec à Montréal), Catherine Garnier (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), André Menaut (EA 498, Université Bordeaux 2)

Sport et santé : étude des défaillances du corps sportif

Contact : luc.guerreschi@neuf.fr

3. Julie Collange (Université Paris 5 - Laboratoire de Psychologie Sociale), Sophie Berjot (Laboratoire de Psychologie Appliquée Université de Reims - Champagne Ardennes)

Image du corps et santé : Influence de la modifiabilité et de l'évaluation cognitive (trait) des stressseurs

Contact : julie_collange@yahoo.fr

4. Patrice Cannone (Service oncologie médicale CHU Timone), David Marie (Université de Provence) Eric Dudoit (Service oncologie médicale CHU Timone)

Cancer et Genre - Partie II : Approche singulière.

Contact : patrice.cannone@mail.ap-hm.fr

Sessions parallèles 5 : vendredi 24 juin : 14h30-16h

5A : Table ronde pratiques professionnelles -Salle A250-

Modérateur : Marc Vignal

1. Isabelle Boulze (Université Paul Valéry, Montpellier III)

Incidence du concept d'addiction sur la pratique clinique

Contact : isabelle.boulze@free.fr

2. Christine Jeoffrion (Université de Nantes)

Représentation sociale de la non-observance et identité des patients et des professionnels de la santé

Contact : christine.jeoffrion@univ-nantes.fr

3. Gilles Amado (Groupe HEC), Dominique Lhuillier (Université de Rouen) V. Diuana (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil) L. Araujo (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), A. Duarte (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil) M. Garcia (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), B. Larouze (INSERM U707) L. Poubel (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), D. Rolland (Université de Rouen – PRIS), E. Romano (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), A. Sanchez (Superintendance de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil)

La santé dans les prisons brésiliennes : développement d'une recherche – action

Contact : dominique.lhuillier@univ-rouen.fr AMADO@hec.fr

4. Michèle Benhaim (Université de Provence Aix-Marseille 1)

Sida, toxicomanie et société

Contact : michelebenhaim@voila.fr

5B. Symposium Vieillesse et Santé organisé par Geneviève Coudin -Amphi Guyon-

Modératrice : Geneviève Coudin

1. Béatrice Beaufiglioli (Université Paris 8)

Identité personnelle, observance et consommation de psychotropes

Contact : beaufigliolib@univ-paris8.fr

2. Clara Mure (Paris)

Perte d'autonomie dans les démences sévères et attitudes soignantes

Contact : clara.mure@spr.ap-hop-paris.fr

3. Benoît Verdon (Université Paris 5)

Diversité psychopathologique de la plainte mnésique de l'adulte vieillissant

Contact : benoit.verdon@univ-paris5.fr

4. Sabine Gaichies (Université Bordeaux 2), André Charles (Université Bordeaux2), Jean François Dartigues (INSERM U 593), Colette Fabrigoule (INSERM U593)

Évolution de la santé subjective et de la perception des capacités cognitives chez des sujets déments : résultats de la cohorte PAQUID

Contact : sabine.gaichies@voila.fr

5. Geneviève Coudin (Université Paris 5)

La réticence des aidants familiaux à recourir aux services de gériatrie : une approche psychosociale

Contact : genevievecoudin@free.fr

5C. Problématiques sociales de la santé et éducation à la santé -Salle A242-

Modérateurs : Mireille Bastien, Bruno Quintard

1. Noëlle Giraud-Lidvan (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université Paris René Descartes)

Problèmes de communication entre soignants et familles de patients en soins palliatifs : enjeux internes, enjeux politiques

Contact : noelle.lidvan@univ-paris5.fr

2. Myriam Guedj (Université Toulouse 2 le Mirail), Maria Teresa Munoz Sastre (Université Toulouse 2 le Mirail)

L'acceptabilité de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté

Contact : myriam.guedj@free.fr

3. Jérôme Foucaud (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), Bruno Quintard (Université Bordeaux 2), Florence Cousson-Gelie (Université Bordeaux 2), Constan Aymery (Université Bordeaux 2), André Taytard (Service des Maladies Respiratoires Université Bordeaux 2)

Évaluation de l'impact d'une intervention d'éducation thérapeutique du patient asthmatique

Contact : jerome.foucaud@inpes.sante.fr

4. Maryse Karrer (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)), Yonna Moreau (Université Aix Marseille)

Expérimentation de démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès de femmes enceintes, de personnes âgées et d'adolescents

Contact : maryse.karrer@inpes.sante.fr

5. Aurore Lamouroux (Université de Provence, UPRES 3782 Hôpital Ste Marguerite, Marseille) Michel Morin (Université de Provence), Daniel Verlvoet (UPRES 3782, Hôpital Ste Marguerite, Marseille)

Facteurs psychosociaux impliqués dans la motivation des patients asthmatiques à participer à l'éducation thérapeutique.

Contact : aurore.lamouroux@wanadoo.fr

5D. Approches psychosociales du VIH -Salle A234-

Modérateurs : Pierre Moulin, Marie Préau

1. Aurélie Gauchet (Université de Metz), Cyril Tarquinio (Université de Metz), Gustave Nicolas Fischer (Université de Metz)

Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez des patients VIH.

Contact : gaucheta@aol.com

2. Marie Préau (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université Aix-Marseille I, Aix en Provence, INSERM U379, Marseille) Anne Deborah Bounhik (INSERM U379, Marseille), Patrizia Carrieri, (INSERM U379, Marseille), Yolande Obadia (INSERM U379, Marseille), et Bruno Spire (INSERM U379, Marseille)

Les déterminants de la survenue d'une symptomatologie dépressive chez des patients infectés par le VIH lors d'usage de drogue

Contact : preau@marseille.inserm.fr

3. Gaëlle Delamarre (Université de Provence), Florence Gélie (Université Bordeaux 2), Marilou Bruchon Schweitzer (Université Bordeaux 2)

Les déterminants individuels de la prise de risque sexuelle chez des homosexuels masculins

Contact : gaelledelamarre@hotmail.com

4. Silvia Ubillos (Université de Burgos), Eli Moreno (L'Association de Sexologie Lahia), Eider Goiburu (L'Association de Sexologie Lahia), Eider Arzelus (L'Association de Sexologie Lahia)

Efficacité des Programmes de Prévention du SIDA dans Adolescents

Contact : subillos@ubu.es

Sessions Parallèles 6 : Samedi 25 juin 9h-10h30

6A. Symposium Approches psycho-sociales des risques sanitaires proposé par Michel Morin -Amphi Guyon-

Modérateur : Michel Morin

1. Thierry Meyer (Université Paris 10 EA1588)

Expériences subjectives et communication des risques

Contact : thierry.meyer@u.paris10.fr

2. Olivier Desrichard (Université de Savoie) Jean Baptiste Reigner (Université de Savoie)

Perception de la covariation des comportements-problèmes chez des adolescents.

Contact : desrichard@univ-savoie.fr

3. Patrick Peretti-Watel (INSERM U379), Yolande Obadia (INSERM U379, ORS PACA) **Jean Paul Moatti** (INSERM U379, Université de la Méditerranée)

Comportements individuels face au risque sanitaire, quelques effets pervers de la prévention

Contact : moatti@marseille.inserm.fr

4. Thémis Apostolidis (Université de Provence Aix –Marseille I)

Penser la construction des risques sanitaires : le regard des représentations sociales

Contact : aposto@marseille.inserm.fr

6B. Recherches méthodologiques en psychologie de la santé -Salle A250-

Modérateurs : Florence Cousson-Gelie, Silla Consoli

1. Martine Batt (GRC-LPI (EA 1129) Université Nancy 2), Alain Trognon (GRC-LPI (EA 1129) Université Nancy 2), Elisabeth Luporsi (Centre Alexis Vautrin. Vandoeuvre les Nancy), Jennifer Laux (GRC-LPI (EA 1129) Université Nancy 2)

La consultation d'oncogénétique : contexte interlocutoire de la mise en scène des probabilités subjectives

Contact : m.batt@chu-nancy.fr

2. Bruno Quintard (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Carine Segrestan (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Sandrine Tastet (Hôpital du Haut Lévêque, Pessac), Florence Gélie (Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Construction et validation d'un questionnaire évaluant les réactions de stress liées à l'annonce d'une biopsie mammaire

Contact : bruno.quintard@free.fr, Bruno.Quintard@u-bordeaux2.fr

3. Monique Robin (CNRS UMR 8069 Université Paris 5), Annie Matheau-Police (Laboratoire de Psychologie Environnementale), Eugénia Ratiu (CNRS UMR 8069, Université Paris 5), Anne-Marie Lavarde (CNRS UMR 8069, Université Paris 5)

Construction d'une échelle d'évaluation des stressseurs de la vie quotidienne en milieu urbain

Contact : monique.robin@univ-paris5.fr

4. André Quaderi (Université de Provence Aix-Marseille 1, Laboratoire de psychopathologie clinique et psychanalyse), **Séverine Halimi** (Université de Provence Aix-Marseille, 1 Laboratoire de psychologie sociale), Robert-Vincent Joule (Université de Provence Aix-Marseille 1, Laboratoire de psychologie sociale)

Une application de la théorie de l'engagement en maison de retraite

Contact : severinehalimi@free.fr

5. Isabelle Probst (Université de Lausanne, Suisse)

Le syndrome du canal carpien, une maladie professionnelle? Représentations sociales de la maladie, reconnaissance et identité

Contact : Isabelle.Probst@unil.ch

6C : Santé des jeunes -Salle A242-

Modérateurs : Corinne Mazé, Fabienne Lemetayer

1. Corinne Mazé (Université de Paris10), Jean François Verliac (Université de Paris 10)

Stress chez les étudiants de première année: facteurs prédictifs et stratégies de coping

Contact : Corinne.Maze@u-paris10.fr, jean-francois.verliac@u-paris10.fr

2. Cécile Dantzer (Université de Savoie, laboratoire de Psychologie Clinique), Joël Swendsen (Université Bordeaux 2), Sylvie Maurice-Tison (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université Bordeaux 2), Roger Salamon (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université Bordeaux 2)

Attribution causale et soutien social perçu chez des adolescents atteints d'asthme ou de diabète : une étude comparative et longitudinale

Contact : Cecile.Dantzer@univ-savoie.fr

3. Lydia Fernandez (Université de Provence, Aix Marseille I), Agnès Bonnet (Université de Provence, Aix Marseille I), Jean Louis Pedinielli (Université de Provence, Aix Marseille I), M.J. Apter (Georgetown University), Marie France Teyssier (Université Toulouse)

Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens

Contact : fernandez.lydia@free.fr

4. Alexandra Latron Gorsse (Centre Universitaire Champollion), Florence Sordes-Ader (Université Toulouse II le Mirail)

Stress et déficience sensorielle

Contact : alexandra.gorsse@wanadoo.fr

5. Emilie Boujut (Équipe de Psychologie de la Santé, Laboratoire EA 3662, Université de Bordeaux 2), Marilou Bruchon-Schweitzer (Équipe de Psychologie de la Santé, Laboratoire EA 3662, Université de Bordeaux 2), Nicole Rasle (Équipe de Psychologie de la Santé, Laboratoire EA 3662, Université de Bordeaux 2)

Troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année de faculté : prévalence et liens avec la personnalité, le syndrome dépressif et la consommation de substances psycho-actives. Une étude transversale.

Contact : emilieboujut@hotmail.com

6D. Qualité de vie -Salle A234-

Modérateurs : Claude de Tychey, Marie Préau

1. René Bobet (Institut de Psychologie, Université Paris V), Julie Charvet (étudiante EPP), Anne-Sophie Sallé (étudiante EPP), Ayman Aboulabdeh (Neuropédiatre Melun), Thibaut (Pédiatre Melun)

La qualité de vie subjective des parents d'un enfant épileptique ou diabétique

Contact : rene.bobet@univ-paris5.fr

2. Marie-Chantal Hell (Université Paul-Verlaine de Metz), Laetitia Godefroy (Université Paul-Verlaine de Metz), Elise Marchetti (Université Paul-Verlaine de Metz), Dr Souris (Centre Félix Maréchal Metz), Dr Ross (Centre Saint Luc Abreschviller), Elisabeth Spitz, (Université de Metz)

Qualité de vie des patients en réadaptation cardiaque - Effets des facteurs psychosociaux et des stratégies d'ajustement à la maladie

Contact : marie-chantal.hell@wanadoo.fr

3. Marie-Claude Dolleans (Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris), Etienne Grosdidier (Service d'Hépatogastro-entérologie, HEGP, Paris), Dominique Rault (Service d'Hépatogastro-entérologie, HEGP, Paris), Christophe Cellier (Service d'Hépatogastro-entérologie, HEGP, Paris), Silla M. Consoli (Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)

Facteurs associés et variables prédictives de la Qualité de Vie à 1 an dans la maladie cœliaque

Contact : silla.consoli@hop.egp.aphp.fr

4. Claude De Tychey (Université Nancy 2), Elisabeth Spitz (Université de Metz), Serge Briançon (Université de Nancy 1 Henri Poincaré), Joelle Lighezzolo (Université Nancy 2), Bernard Kabuth (Université Nancy 2), Aurore Rosati & Françoise Girvan (Université Nancy2), Christelle Messembourg & Valérie De Luigi (Université de Metz), Audrey Thockler & Stéphanie Vincent (Université Nancy 2)

Dépression postnatale, qualité de vie et sexe du bébé

Contact : detychey@univ-nancy2.fr

Session Interactive de Posters I - Jeudi 23 juin -

Trouble(s) psychopathologique(s)

1. Sophie Barthélémy (Université de Provence, Aix-Marseille), **Guy Gimenez** (Université de Provence), **Jean Louis Pédinielli** (Université de Provence), **Emilie Mansour** (Université de Provence)

De l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale : réflexion sur la réadaptation dans la psychose

Contact : so.barthelemy@voila.fr

2. Béatrice Lamboy (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Direction des affaires scientifiques)

Les problèmes de prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs

Contact : beatrice.lamboy@inpes.sante.fr

3. Rachid Bannour (Université de Provence), **Annie Piolat** (Université de Provence), **Jérôme Bertha** (Université de Provence)

L'appréhension à écrire des étudiants et ses conséquences

Contact : rachid.bannour@up.univ-aix.fr

4. Serge Combaluzier (Université de Rouen), **Brice Gouvernet** (Université de Rouen), **Evelyne Bouteyre** (Université de Rouen), **Jean Luc Viaux** (Université de Rouen)

Impact de la prise d'opiacé sur les troubles de la personnalité

Contact : serge.combaluzier@univ-rouen.fr

5. Sandrine Ballester (Université Toulouse Le Mirail Laboratoire du CERPP)

Sur le chemin des thérapies "par le pardon" : la théorie du renversement, implications pour la santé physique et mentale

Contact : sandrine.ballester@wanadoo.fr

6. Martine Diedrich (Laboratoire de psychologie de la santé (EA3477). U.F.R -S.H.A. Ile du Saulcy 57045 Metz Cedex), **Renaud Cohen** (ETIC (EA2352) UFR – SHA. Ile du Saulcy- 57045 Metz Cedex), **Marc Debouverie** (Service de neurologie. Hôpital Central C.H.U. Nancy. C.O. n°34 54035 Nancy Cedex), **Marc Wagner** (Service de Neurologie. Hôpital Bon Secours CHR Metz. 1, place Philippe de Vigneulles), **Eric Godet** (Service de Neurologie. Hôpital Bon Secours CHR Metz. 1, place Philippe de Vigneulles)

Etude longitudinale des relations entre la symptomatologie physique dans la sclérose en plaques et la dépression.

Contact : martine.diedrich@caramail.com

7. Aurélie Pasquier (Université de Provence), **Jean Louis Pedinielli** (Université de Provence)

Phénomènes émotionnels chez des sujets adultes anxieux et/ou dépressifs : Étude exploratoire des relations entre affectivité négative, intensité émotionnelle et alexithymie

Contact : pasquier-aurelie@wanadoo.fr

8. Valérie Josset (UFR Sciences du Langage, de l'Homme et de la Société - Besançon - Laboratoire de Psychologie)

Psoriasis, alexithymie et non-représentation.

Contact : valjosset@yahoo.fr

9. Marie-Claire Gay (Paris 10 Nanterre)

Évaluation de l'impact d'une séance d'imagerie mentale sur l'évolution des patients ayant des troubles de l'humeur

Contact : marieclaire.gay@free.fr

10. Chiaramello Stéphanie (Université de Toulouse le Mirail), **Mesnil Michelle** (Université de Toulouse le Mirail), **Munoz Sastre Maria Teresa** (Université de Toulouse le Mirail), **Mullet Etienne** (EPHE)

La propension à pardonner et la solitude chez les adolescents

Contact : chiaramello@cegetel.net

Méthodologie en psychologie de la santé

11. Anne Congard (Université de Provence - Aix- Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ), **Pascal Antoine** (Université Lille 3 – UPRES Temps – Emotions – Cognitions), **Pierre-Yves Gilles** (Université de Provence - Aix-Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ), **Ivanchak Stephan** (Université de Nice-Sophia Antipolis)

Construction d'un outil d'évaluation des affects de type circomplexe en langue française

Contact : anne.congard@laposte.net

12. Catherine Yakovlev (Université Paris VII), **Emmanuelle Babaud** (Université Paris VII)

L'analyse qualitative comme méthode de recherche face à la problématique du traumatisme psychique.

Contact : manu.babaud@free.fr

13. Anne Congard (Université de Provence, Aix- Marseille I, Centre de Recherche PsyCLÉ), **Pascal Antoine** (Université Lille 3, UPRES Temps – Emotions – Cognitions), **Pierre-Yves Gilles** (Université de Provence, Aix-Marseille I, Centre de Recherche PsyCLÉ), **Ivanchak Stephan** (Université de Nice-Sophia antipolis)

Intérêts et méthodes d'analyses des données de type circomplexe dans le domaine de la psychologie de la santé : comparaisons des méthodologies employées sur des données relatives à la personnalité et aux émotions.

Contact : anne.congard@laposte.net

14. Pascal Antoine (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Véronique Christophe** (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Fabrice Leroy** (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Jean Louis Nandrino** (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq)

Révision française de l'échelle d'ajustement dyadique

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

15. Jérôme Foucaud (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), **Florence Cousson-Gélie** (Université Bordeaux 2), **Bruno Quintard** (Université Bordeaux 2), **Michèle Koleck** (Université Bordeaux 2), **M. Jeannel** (Laboratoire de Sciences de l'Education, équipe du LARSEF ; Université de Bordeaux 2) et **André Taytard** (Services de Maladie Respiratoire Université Bordeaux 2)

Validation française de l'échelle Asthma Coping List (ACL). Echelle de mesure des stratégies de coping spécifiques à l'asthme

Contact : jerome.foucaud@inpes.sante.fr

16. Lemonnier Fabienne (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), **Vincent Isabelle** (INPES)
Analyser la qualité des outils en éducation pour la santé

Contact : fabienne.lemonnier@inpes.sante.fr

17. Gaëlle Delamarre (Université de Provence), **Marilou Bruchon Schweitzer** (Université Bordeaux 2)

Les Croyances vis-à-vis des Conséquences de l'Infection à VIH Construction et Etude de la Validité d'une Echelle : l'ECC-VIH

Contact : gaelledelamarre@hotmail.com

18. Marie Préau (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence / INSERM U379), **Mounir Mesbah** (Laboratoire de Statistique Théorique et Appliquée, Université Pierre Et Marie Curie), **Denis Perez** (Service de Maladies infectieuses, Hôpital Ste Marguerite, Marseille), **Patrizia Carrieri** (INSERM U379 / ORS PACA), **Bruno Spire** (INSERM U379 / ORS PACA)

Validation de la traduction française de l'échelle de qualité de vie WHOQOL-HIV élaborée par l'OMS auprès d'un échantillon de personnes infectées par le VIH et sous traitement

Contact : preau@marseille.inserm.fr

19. Quintard Bruno (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Coelier Angeline** (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Leconte Elisa** (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Guiguen Yves** (Hôpital R. Picqué, HIA, Bordeaux), **Buzenet Catherine** (Service de dermatologie, Hôpital St André, Bordeaux), **Taïeb Alain**, (Service de dermatologie, Hôpital St André, Bordeaux)

Qualité de vie et psoriasis : analyse thématique catégorielle de 50 entretiens exploratoires et construction d'un questionnaire français.

Contact : Bruno.Quintard@u-bordeaux2.fr

Sport et santé

20. Fabien Legrand (UFR STAPS, Université de Reims), **Jean Philippe Heuze** (UFR STAPS Université de Reims)

Réduction de la symptomatologie dépressive par le perfectionnement de la condition physique aérobie et un renforcement de la cohésion sociale auprès d'adhérents à un club de remise en forme : une étude randomisée.

Contact : fabien.legrand@univ-reims.fr

21. Nicolas Cazenave (Centre de recherche en science du sport, Université Paris XI), **Gérard Lefort** (American Memorial Hospital, CHU de Reims)

L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied-bot

Contact : ncazenave@yahoo.fr

22. Rémi Ajcardi (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), **Marc Souville** (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), **Pierre Therme** (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2)

Le risque perçu et l'expérience émotionnelle comme éléments modulateurs des interactions entre pratiques et représentations : comparaison entre pratiquants et non pratiquants d'un sport à risque

Contact : remi.ajcardi@staps.univ-mrs.fr

23. Céline François (Université de Provence), **Jean-louis Pedinielli** (Université de Provence) **Pierluigi Graziani** (Université de Provence) **Ivan Druon Note**

Évaluation des processus psychologiques mis en place chez des femmes et hommes des sportifs de haut niveau

Contact : celinotte@aol.com

24. Martha Cécile (Upres EA 3294, Université de la Méditerranée.), **Souville Marc** (Upres EA 3294, Université de la Méditerranée), **Griffet Jean** (Upres EA 3294, Université de la Méditerranée.)

Sport et santé : une relation ambiguë

Contact : cecile.martha@staps.univ-mrs.fr

25. Frédéric Boudin (Université F. Rabelais-Tours), **Christian Réveillère** (Université F. Rabelais-Tours), **Muriel Garcin** (Université des Sciences du Sport, Lille 2), **Laurence Hamard** (Université des Sciences du Sport, Lille 2), **Véronique Billat** (Centre de Médecine du sport, C.C.A.S. Paris), **Michel Lhermitte**, (Université de Pharmacie, Lille 2, Laboratoire de biochimie, CHR & U de Lille)

Facteurs de risques des pratiques des conduites addictives chez des adolescents sportifs de niveau sub élite coureurs de demi-fond dans la région Nord – Pas de Calais

Contact : fboudin@modulonet.fr

Cancer

26. Rollon Poinot (Institut Curie, Unité de Psycho-Oncologie, Paris), **Anne Brédart** (Institut Curie, Unité de Psycho-Oncologie, Paris), **Alexia Savignoni** (Institut Curie, Unité de Biostatistiques, Paris), **Bernard Asselain** (Institut Curie, Unité de Biostatistiques, Paris), **Antonia Altmeyer** (Centre Paul Strauss, Unité de Psycho-Oncologie, Strasbourg), **Thierry Conroy** (Centre Alexis Vautrin, Nancy) **Eliane Marx** (Centre Paul Strauss, Strasbourg) **Simon Schraub** (Centre Paul Strauss, Strasbourg) **Mireille Cosquer** (Institut Curie, Paris) **Monique Sévellec** (Institut Curie, Paris) **Chantal Rodary** (Institut Gustave Roussy, Villejuif) **Mariette Mercier** (CHU, Besançon) **Michel Fabbro** (Centre Val d'Aurelle Paul Lamarque, Montpellier) **Stéphane Guerif**, (CHU, Poitiers) **Paul Dickès** (Université Nancy II, Nancy), **Pascal Antoine** (Université Charles de Gaulle, Lille), **Sylvie Dolbeault** (Institut Curie, Paris)

La satisfaction des patients atteints d'un cancer en traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire : Première étape dans l'étude multicentrique des propriétés psychométriques du questionnaire de satisfaction PATSAT-35.

Contact : rollon.poinot@curie.net

27. Lionel Diébold (Université de Provence)

Cancer : de la rupture à la soudure psychique

Contact : lionel.diebold@wanadoo.fr

28. Carine Segrestan (Université Victor Ségalen Bordeaux II), **Nicole Rascle** (Université Victor Ségalen Bordeaux II), **Marie Crozillac** (Université Victor Ségalen Bordeaux II)

Construction d'un questionnaire de soutien social pour patients atteints d'un cancer et leur partenaire

Contact : carine.segrestan@etud.u-bordeaux2.fr

29. Carine Segrestan (Université Victor Ségalen Bordeaux II), **Florence Cousson-Gélie** (Université Victor Ségalen Bordeaux II)

Rôle de certains facteurs psychologiques et sociaux sur l'ajustement à une biopsie chirurgicale mammaire et au diagnostic de cancer du sein

Contact : carine.segrestan@etud.u-bordeaux2.fr

30. Véronique Christophe (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3), **Marjolaine Corbeil** (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3), **Sylvie Leroy** (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3), **JJH Laffitte** (Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique - Hôpital Calmette – CHRU de Lille), **Valérie Vanghent** (Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique - Hôpital Calmette – CHRU de Lille), **CH Marquette** (Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique - Hôpital Calmette – CHRU de Lille), **Jean Louis Nandrino** (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3)

Que pense la famille de la prise en charge relationnelle et émotionnelle de ses proches ? : Étude pilote en oncologie thoracique

Contact : veronique.christophe@univ-lille3.fr

31. Véronique Giraud (Université de Bordeaux 2), **Marilou Bruchon-Schweitzer** (Université de Bordeaux 2), **Alain Ravaud** (Service d'Oncologie Médicale, Hôpital Saint André, CHU Bordeaux)

Etude des effets dépressogènes des immunothérapies chez des patients atteints de cancers du rein métastatiques.

Contact : veronique.giraud@etud.u-bordeaux2.fr

32. Aurore Liénard (Université Libre de Bruxelles), **Isabelle Bragard** (Université de Liège), **Etienne Anne-Marie** (Université de Liège), **Libert Yves** (Université Catholique de Louvain), **Merckaert Isabelle** (Université Libre de Bruxelles), **Meunier Julie** (Université Catholique de Louvain), **Christine Reynaert** (Université Catholique de Louvain), **Darius Razavi** (Université Libre de Bruxelles)

Formation à la communication et à la gestion du stress d'assistants spécialistes en oncologie : une étude randomisée évaluant l'impact sur le niveau de stress des médecins

Contact : alienard@ulb.ac.be

33. Caroline Pelletti (Laboratoire de psychologie sociale, Université Aix-Marseille I, INSERM U 379), **Claire Julian-Reynier** (INSERM U 379), **J. Genève** (FNCLCC), **Dominique Maraninchi** (FNCLCC, Institut Paoli-Calmettes, Marseille) **et Michel Morin** (Laboratoire de psychologie sociale, Université Aix-Marseille I, INSERM U 379)

Participation des patients aux essais cliniques : Approche psychosociale en cancérologie

Contact : pelletti@marseille.inserm.fr

34. Cathya Cypowyj (INSERM U379 Marseille, Marseille, Equipe de psychologie sociale de la santé : LPS, Université Aix-Marseille I), **Michel Morin** (INSERM U379 Marseille, Equipe de psychologie sociale de la santé : LPS, Université Aix-Marseille I), **François Eisinger** (UMR 599, Département d'oncologie Génétique/INSERM EPI9939, Institut Paoli-Calmettes), **Françoise Chabal** (INSERM U379), **Hagay Sobol** (UMR 599, Département d'oncologie Génétique/INSERM EPI9939, Institut Paoli-Calmettes), **Claire Julian-Reynier** (INSERM U379 Marseille).

Gestion de l'incertitude face aux risques de cancer et aux risques de prédisposition génétique.

Contact : cypowyj@marseille.inserm.fr

Problématiques des pathologies chroniques et éducation à la santé

35. Véronique Christophe (Université de Lille 3 - UPRES Temps, Emotion & Cognition)

L'annonce du diagnostic en éducation thérapeutique du patient : Une étape difficile à franchir pour tous

Contact : veronique.christophe@univ-lille3.fr

36. Martine Diedrich (Laboratoire de psychologie de la santé (EA3477). U.F.R -S.H.A. île du Saulcy 57045 Metz Cedex), **Elise Marchetti** (Laboratoire de psychologie de la santé (EA3477). U.F.R -S.H.A. Ile du Saulcy. 57045 Metz Cedex), **Martine Batt** (Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. C.H.U. Nancy. C.O. n°34 - 54035 Nancy Cedex & GRC-LPI (EA1129). Université Nancy2. BP 3397. 54015 Nancy Cedex), **Alain Trognon** (GRC-LPI (EA1129). Université Nancy2. BP 3397. 54015 Nancy Cedex), **Phillipe Lonchamp** (Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. Hôpital Central C.H.U. Nancy. C.O. n°34 - 54035 Nancy Cedex), **Jean Paysant**, **Claudine Cornet Thierry Montaut & Frédérique Souel** (Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. C.H.U. Nancy. C.O. n°34 - 54035 Nancy Cedex)

L'entretien pluridisciplinaire en consultation de la douleur chronique : analyse interlocutoire

Contact : m.batt@chu-nancy.fr

37. Pauline Dalmon (Université de Toulouse le Mirail- Laboratoire CERPP), **Sordes-Ader Florence** (Université de Toulouse le Mirail- CERPP)

Les difficultés d'adaptation face à l'insuffisance rénale chronique terminale : de la suradaptation à la non observance.

Contact : pdalmon@hotmail.com

38. Michèle Koleck (Université Bordeaux 2 Victor Segalen), **Xavier Borteyrou** (Université Bordeaux 2 Victor Segalen), **Jean Guérin** (CHU de Bordeaux), **Patricia Gabinski** (CHU de Bordeaux), **Patrick Brochard** (CHU de Bordeaux) **Florence Fernet** (CHU Bordeaux)

Lombalgie chronique chez le personnel soignant et médico-technique : premiers résultats d'une étude longitudinale

Contact : michele.koleck@u-bordeaux2.fr

39. Stéphanie Blois (Université de Provence 1)

Facteurs psychosociaux du vécu de la douleur chronique

Contact : stephblois@aol.com

40. Verheye Jean-Charles (INPES), **Karrer Maryse** (INPES), **Vincent Isabelle** (INPES)

Mal de dos, ouvrons le dialogue Un outil d'intervention en éducation pour la santé

Contact : jverheye@inpes.sante.fr

41. Gouvernet Brice (Université de Rouen), **Combaluzier Serge** (Université de Rouen), **Bouteyre Evelyne** (Université de Rouen), **Viaux Jean-Luc** (Université de Rouen)

Etude des styles défensifs, des marqueurs langagiers et de protocoles rorschach chez dix personnes séropositives sous traitement

Contact : brice.gouvernet@laposte.net

42. Myriam Guedj (Université Toulouse 2 le Mirail), **Marie Teresa Munoz Sastre** (Université Toulouse 2 le Mirail)

L'acceptabilité de la rupture du secret médical dans le cas d'un patient atteint du sida et dangereux pour sa partenaire

Contact : myriam.guedj@free.fr

Qualité de vie

43. Pascal Antoine (Université Charles de Gaulle – Lille3 – UPRES TEC), **Anne Congard** (Université Aix-Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ), **Rollon Poinot** (Institut Curie – Unité de Psycho-Oncologie - Paris)

Analyse psychométrique des facettes émotionnelles du bien-être subjectif

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

44. Mourched Cheikha (Université de Provence - Aix-Marseille I), **Pedinielli Jean-Louis** (Université de Provence - Aix-Marseille I), **Fernandez Lydia** (Université de Provence - Aix-Marseille I)

Chirurgie esthétique et qualité de vie.

Contact : cheikha_d_mour@hotmail.com

45. Chahraoui Khadija (Université de Bourgogne), **Danino Alain** (CHU de Dijon), **Frachebois Lucie** (Université de Bourgogne), **Clerc Anne Sophie** (Université de Bourgogne), **Malka Gabriel** (CHU de Dijon)

Chirurgie esthétique, anxiété et qualité de vie subjective avant et 4 mois après opération

Contact : Khadija.Chahraoui@u-bourgogne.fr

46. Miquel Nelly (Université Toulouse le Mirail), **Bez Séverine** (Université Toulouse le Mirail), **Daurat Agnès** (Université de Toulouse le Mirail)

Impact des troubles du sommeil sur le fonctionnement cognitif et la qualité de vie

Contact : miquelnelly@hotmail.com

47. De Charry Wioletta (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), **Consoli Silla M.** (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), **Chevallier Jean-Marc** (Service de Chirurgie Digestive. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), **Campelli Hélène** (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris5)

Qualité de vie chez les sujets en attente de traitement chirurgical de l'obésité morbide

Contact : decharry@club-internet.fr

48. Salama-Younes Marei (Laboratoire d'Etudes sur les cultures physiques et sportives, Université de RennesII & Departement of Sport Psychology, Helwan University, Cairo, Egypt.), **Roncin Charles** (Laboratoire Didactique Expertise et Technologie des APS, Université de Rennes II) **Le Foll David** (Didactique Expertise et Technologie des APS, Université de Rennes II) **Martin-Krumm Charles** (CREAD, IUFM-Université RennesII & Institut de formation en E.P.S d'Angers), **Salama Mohmet** (Games Deptement, Monifya University, Egypt.), **Ismal Amany** (Didactique Expertise et Technologie des APS, Université de Rennes II)

Similarités et différences de la structure factorielle de deux versions évaluant les styles explicatifs chez des pré-adolescents: le CASQ et le CASQ-R.

Contact : marei_salama@yahoo.com

49. Peccarisi Céline (Laboratoire de psychologie, Université de Metz), **Schaller Katia** (Laboratoire de psychologie, Université de Metz), **Muller Laurent** (Laboratoire de psychologie, Université de Metz), **Spitz Elisabeth** (Laboratoire de psychologie, Université de Metz)

Etude des changements de comportements, dans le domaine de la santé, au travers de l'application du Health Behavior Goal Model

Contact : peccarisi.celine@wanadoo.fr

50. Virginie Palomba (Université d'Aix-en-Provence)

Influence des troubles cognitifs sur la qualité de vie des patients souffrant de sclérose en plaques

Contact : virginiepalomba@aol.com

51. Warin Nathalie (Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Antoine Pascal** (Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq)

Le rôle de l'insight sur la compliance, la qualité de vie et la dépression dans la schizophrénie

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

52. Marcel Lourel (Université de Rouen), **Kamel Gana** (Université de Nancy 2), **Déborah Lablond** (Université de Rouen)

Qualité de vie et comportements tabagiques : le rôle du coping et du soutien social.

Contact : lourelmarcel@yahoo.fr

53. Untas Aurélie (Laboratoire de Psychologie de la Santé EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Quintard Bruno** (Laboratoire de Psychologie de la Santé EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Azencot Armand** (Polyclinique Bordeaux Nord)

Les déterminants psychosociaux de l'ajustement à une reconstruction mammaire différée

Contact : aurelie.untas@club-internet.fr

54. Jesabelle Brockly (Université de Metz), **Patricia De Cea** (Université de Metz), **Marie Lou Costantini** (Université de Metz), **Elisabeth Spitz** (Université de Metz)

Les facteurs psychosociaux en lien avec la qualité de vie et l'ajustement des personnes atteintes de sclérose en plaques

Contact : j.brockly@wanadoo.fr

Session Interactive de Posters II - Vendredi 24 juin -

Psychologie de la santé, enfants et famille

55. Fabienne Lemétayer (Université Paul Verlaine - Metz), **Gueffier Marie** (Université Paul Verlaine - Metz)

Faire face à un placement en internat : étude de la situation particulière des enfants porteurs d'une déficience intellectuelle

Contact : flemetayer@wanadoo.fr

56. Sutter-Dallay AL (Université Bordeaux 2), **Dequae-Merchadou L**, **Laoudj F**, **Rascle Nicole** (Université Bordeaux 2), **Glatigny-Dallay E**, **Bourgeois ML**, **Verdoux H**.

Dépression post-natale à 6 semaines et développement cognitif de l'enfant

Contact : Nicole.Rascle@ps.u-bordeaux2.fr

57. Christophe Véronique (Université de Lille 3 - UPRES Temps, Emotion & Cognition), **Vasseur Audrey** (Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille), **Nelken Brigitte** (Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille), **Facci Gabriella** (Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille), **Nandrino Jean-Louis** (Université de Lille 3 - UPRES Temps, Emotion & Cognition)

Impact de l'annonce du diagnostic en oncologie pédiatrique sur l'organisation familiale et le couple parental : Une étude pilote en hémato-oncologie

Contact : veronique.christophe@univ-lille3.fr

58. Cartierre Nathalie (Université de Lille 3), **Coulon Nathalie** (Université de Lille 3), **Demerval René** (Université de Lille 3), **Masclet George** (Université de Lille 3)

La santé des adolescents et leurs contextes de vie

Contact : n.cartierre@tele2.fr

59. Désirée Lamarque-Novakovic (Université de Toulouse Le Mirail), **Munoz-Sastre Maria-Thérèse** (Université de Toulouse Le Mirail)

Les facteurs facilitant et entravant la prise de médicaments chez l'enfant de moins de 8 ans : une recherche exploratoire menée auprès de parents issus du grand public

Contact : desireelamarquen@aol.com

60. Nancy Javotte (UFR d'Odontologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Quintard Bruno** (Laboratoire de Psychologie EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Boyer Anne** (Laboratoire de Psychologie EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Techer Murielle** (UFR d'Odontologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Les stratégies d'ajustement de l'enfant à un soin dentaire : description et taxinomie.

Contact : javottenancy@hotmail.com

61. Pasteur Romy (Ecole Doctorale de l'U.F.R. des Sciences de l'Homme, du Langage et de la Société Besançon)

Dermatite atopique du bébé: pour une meilleure prise en charge de la famille.

Contact : romypasteur@aol.com

62. Sophie Recchia (Université de Metz Paul Verlaine), **Fabienne Lemétayer** (Université de Metz Paul Verlaine)

Stratégies de coping maternelles et paternelles face à une naissance prématurée

Contact : recchia.sophie@wanadoo.fr

63. Monique Allès-Jardel (UFR STAPS, Toulouse III), **Serge Lacoste** (UFR STAPS, Toulouse III) et **Evelyne Godstein**

Santé physique et Santé mentale d'enfants de Clis comparés à des enfants de classe « ordinaire »

Contact : allesmonic@aol.com

Problématiques sociales de la santé

64. Rui Duarte Santos (Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), **Pierre Tap** (Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), **Maria de Lourdes de Vasconcelos** (Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), **Marta Fonseca** (Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto)

L'évolution du stress chez les personnes vivant en situation précaire dans la Région Centre de Coimbra (Portugal)

Contact : ceici@isbb.pt

65. Moulin Jean Jacques (Cetaf), **Dauphinot Virginie** (Cetaf), **Dupré Caroline** (Cetaf), **Sass Catherine** (Cetaf), **Labbe Emilie** (Cetaf), **Gerbaud Laurent** (CHU Clermont-Ferrand), **Gueguen René** (Cetaf)

Inégalités de santé et facteurs comportementaux dans une population de 553 635 personnes en situation de précarité

Contact : jean-jacques.moulin@cetaf.cnamts.fr

66. Durozard, Carole (Université Blaise Pascal), **Izaute, Marie** (Université Blaise Pascal, LAPSCO), **Chiotti, Blandine** (Université Blaise Pascal)

La réinsertion sociale des traumatisés crâniens : perception du soutien social et du locus de contrôle.

Contact : carole.durozard@laposte.net

67. Eyssartier, Chloé (Université d'Aix-Marseille 1), **Guimelli, Christian** (Université d'Aix-Marseille1), **Joule, Robert-Vincent** (Université d'Aix-Marseille1)

Représentation sociale et engagement : une application au don d'organes

Contact : chloe.eyssartier@wanadoo.fr

68. Bagnulo Adriana (Université Toulouse II), **Muñoz Sastre Maria Teresa** (Université Toulouse II)

Pourquoi prend-on des antibiotiques? Une étude des raisons invoquées en France

Contact : adrianabagnulo@yahoo.com

69. Hartmann Anne (Université de Haute-Bretagne Rennes 2)

Limites des modèles consuméristes pour l'évaluation de la satisfaction des patients.

Contact : hartmann.anne@wanadoo.fr

70. Eisenlohr Stéphane (Université d'Aix-Marseille 1), **Charrançon Nicolas** (Université d'Aix-Marseille 1)

Approche psychosociale du rapport aux risques sanitaires de populations jeunes précaires : Modèle contagionniste et régulations sociales

Contact : slade.stephane@online.fr

71. Gonin Audrey (Université Lumière Lyon 2)

Représentations sociales de la relation d'aide

Contact : Audrey.Gonin@univ-lyon2.fr

72. Lo Monaco Grégory (Université de Provence)

Représentations sociales de l'alcool

Contact : gregorylomonaco@hotmail.com

73. Balbuena Julie (Université de Provence (Aix-Marseille1))

Représentations sociales et explications sociales: comment les jeunes expliquent-ils l'usage et le non-usage de cannabis?

Contact : julie.balbuena@free.fr

74. Ceccarini Luana (Département de Psychologie, Université des Etudes de Turin (Italie)), Canavese Elisa (Département de Psychologie, Université des Etudes de Turin (Italie)), Caviglia Fulvia (Département de Psychologie, Université des Etudes de Turin (Italie))

"Dans les yeux de l'autre". Une recherche empirique sur les représentations sociales de la folie parmi les sujets experts et les sujets naïfs

Contact : luanaceccarini@yahoo.com

75. Duchène Christelle (INPES), Barthélémy Lucette (Comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine), Housseau Bruno (INPES), Vincent Isabelle (INPES)

Comportement alimentaire et précarité : réactualisation du Classeur alimentation atout prix

Contact : christelle.duchene@inpes.sante.fr

76. Negura Lilian (Université Laval), Maranda Marie-France (Université Laval)

Intégration sociale comme modèle d'intervention. Comment les cadres d'entreprises peuvent aider les toxicomanes ?

Contact : Lilian.Negura@fse.ulaval.ca

77. St-Jean Mathieu (Université du Québec à Montréal), Guerreschi Luc (Université du Québec à Montréal), Tremblay Philippe (Université du Québec à Montréal), Quesnel Martine (Université du Québec à Montréal), Garnier Catherine (Université du Québec à Montréal)

Représentation sociale, douleur et souffrance : le cas Vioxx

Contact : st-jean.mathieu@uqam.ca

78. Coulon Nathalie (Université Charles de Gaulle - Lille 3), Mariage Dominique (Direction de la Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général du Pas de Calais), Demerval René (Université Charles de Gaulle - Lille 3)

Le programme d'accompagnement « Etre maman ou papa pour la première fois » : une démarche et des outils pour la promotion de la santé des parents et de leurs enfants

Contact : nathalie.coulon@univ-lille3.fr

79. Guyot Sandrine (Université Paris X Nanterre)

Stratégies de préservation de la santé par les salariés, entre efficacité et limites : les conducteurs de train face au temps de travail.

Contact : sandrine.guyot_delacroix@u-paris10.fr

80. Depetris Pier Giuseppe (Université de Provence), Meluzzi Alessandro (Ecole Supérieure de Humanisation de la Médecine, Région Piémont)

La (bonne et la mauvaise) santé en relation aux autres caractéristiques et aspects du corps propre

Contact : pdepetris@tiscalinet.it

81. Depetris Pier Giuseppe (Corso Dante 21 12030 Cuneo Italia)

La représentation sociale de la santé dans la représentation sociale du corps propre et idéal

Contact : pdepetris@tiscalinet.it

Stress professionnel

82. Garcia Lozano Marigel (Université de Poitiers), Esnard Catherine (Université de Poitiers)

Organisation du travail et stress professionnel: Étude en service de réanimation cardiaque

Contact : catherine.esnard@univ-poitiers.fr

83. Boudoukha, Abdel-Halim (Université Lille 3 Charles-De-Gaulle UPRES TEC EA 2453 – Villeneuve d'Ascq), **Hautekèete Marc** (Université Lille 3 Charles de Gaulle), **Groux, Wendy** (Université Lille 3 Charles de Gaulle), **Tremlet, Céline** (Direction régionale des Services Pénitentiaires de Lille - Lille), **Djordjian, Julie** (Direction Régionale des services pénitentiaires de Lille - Lille), **Garay, Delphine et Maciejewski, Séverine**
Le Burnout et victimisations en milieu Carcéral : la Fragilisation progressive du personnel de surveillance.
Contact : abdel-halim.boudoukha@univ-lille3.fr

84. Frénisy Marie-Claude (CHU Dijon 21), **Chahraoui Khadija** (Université de Bourgogne L.P.C.S), **Freysz Marc** (CHU Dijon 21), **Foissac Jean-Claude** (CHU Dijon), **Capellier Gilles** (CHU Besançon 25), **Bénony Hervé**, (Université de Bourgogne L.P.C.S)
Stress professionnel chez les permanenciers de SAMU
Contact : marie-claude.frenisy@chu-dijon.fr

85. Laurence Perbet (Université de Metz)
Quand la violence s'immisce dans la relation soignant-soigné
Contact : fousse@univ-metz.fr

86. Maria Helena Guerra Gomes-Pereira (Université Paris VII - Denis Diderot), **Siksou Maryse** (Université Lumière Lyon 2)
L'épuisement des professionnels(les) qui travaillent avec les porteurs du VIH
Contact : lenaggp@hotmail.com

87. Janine Innocente (Université Bordeaux 2) **Nicole Rascle** (Université Bordeaux 2)
L'épuisement professionnel chez les chirurgiens dentistes : stress, soutien social et symptomatologie anxio-dépressive
Contact : janineinnocente@hotmail.com

Soins palliatifs

88. Anne Laure Saint-Antoine (Université de Metz), **Moulin Pierre** (Université de Metz), **Pino Pierre** (Université de Metz)
Approche psychosociale d'une aide technique aux malades en fin de vie : le cas de la sclérose latérale amyotrophique
Contact : laure.stantoine@wanadoo.fr

89. Jacrot Michèle (Psyche Université de Provence), **Conti-Zolin christine** (E.S.P. Aix), **Dubois Sylvie** (E.S.P. Aix), **Rouan Georges** (Psyche Université de Provence), **Ravallec Frédéric** (E.S.P. Aix), **Pedinielli Jean-Louis**. (Psyche Université de Provence)
Soins Palliatifs et retours au domicile : un challenge ?
Contact : b.jacrot@wanadoo.fr

Stress

90. Dalbin Emilie (Université Toulouse le Mirail)
Impact du type de traitement médical chez les personnes dialysées, sur l'état de stress et les stratégies de coping
Contact : emilie.dalbin@tiscali.fr

91. Boujut Emilie (Université Bordeaux 2), **Bruchon-Schweitzer Marilou** (Université Bordeaux 2)
La satisfaction chez les étudiants de 1ère année de faculté. Liens de la satisfaction avec le névrosisme et le stress perçu. Différences de satisfaction selon les filières, le genre et le type de logement.
Contact : emilieboujut@hotmail.com

92. Baldissonne Carole (Université Toulouse le Mirail)
Influence de la nature de la maladie sur le vécu du diabète et de l'insuffisance rénale
Contact : sordes@univ-tlse2.fr

93. Bouffil Laetitia (Université de Toulouse le Mirail), **Sordes Ader florence** (Université de Toulouse le Mirail)
Les fratries adultes de personnes handicapées mentales face à la question de la prise en charge future de leur frère/sœur.
Contact : bouffil_laetitia@yahoo.fr

94. Clément Emily (Université Toulouse le Mirail), **François Gaëlle** (Université Toulouse le Mirail), **Rogé Bernadette** (Université Toulouse le Mirail)

Evaluation d'un programme de gestion du stress chez une personne atteinte du syndrome d'Asperger

Contact : emyclmt@aol.com

95. Antoine Pascal (Université Charles de Gaulle – Lille3 – UPRES TEC), **Congard Anne** (Université Aix-Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ)

Apport des régressions factorielles dans l'analyse des effets d'interaction d'ordre supérieur entre plusieurs groupes de prédicteurs de la détresse psychologique

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

96. Battaglia Nicole (Université Charles de Gaulle - Lille III et LPA « Stress et Société » de l'université de Reims.)

Syndrome d'addiction à la pratique sportive, stress et facteurs psychologiques de vulnérabilité chez des sportifs de meilleurs niveaux.

Contact : nicole.battaglia@wanadoo.fr

Estime de soi, coping et adaptation à la maladie

97. Anna Brytek (Université de Metz et Université de Katowice, Pologne), **Elisabeth Spitz** (Université de Metz), **Magali Vaillant** (Université de Metz)

Stratégies de coping et estime de soi chez les personnes obèses

Contact : brytek@sha.univ-metz.fr

98. Girault-Lidvan Noëlle (Université de Paris Descartes), **Berjot Sophie** (Université de Reims)

Evaluation cognitive "trait" et adaptation psychologique

Contact : noelle.lidvan@univ-paris5.fr

99. Bernardes Sónia (Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa), **Lima Luisa** (Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa)

Stratégies d'ajustement à la douleur chronique: Expectatives de rôle sexuel parmi la population générale et les professionnels de la santé.

Contact : sonia.bernardes@iscte.pt

100. Rousseau Amélie (Université de Toulouse II Le Mirail)

Stigmatisation et coping dans l'obésité

Contact : amelie-rousseau@wanadoo.fr

101. Robert Geoffrey (Université Toulouse 2 le Mirail), **Munoz Sastre Maria Térésa** (Université Toulouse 2 le Mirail), **Mullet Etienne** (Ecole Pratique des Hautes Etudes)

Pardon de soi, Estime de soi, Bien-Etre Subjectif

Contact : geoffreyrobert@wanadoo.fr

102. Recchia Sophie (Université de Metz Paul Verlaine), **Lemétayer Fabienne** (Université de Metz Paul Verlaine)

Stratégies de coping maternelles et paternelles face à une naissance prématurée

Contact : recchia.sophie@wanadoo.fr

103. Tap Pierre (Université de Toulouse Le Mirail. CIFAP Instituto Piaget Almada et Viseu), **Costa Etã Sobal** (CIFAP, Instituto Piaget Viseu Portugal), **Alves Maria Neves** (Institut Piaget Macedo de Cavaleiros, chercheuse au Cifap)

Adaptation et validation portugaises de l'échelle toulousaine de coping

Contact : pierretap@aol.com

104. Pucheu, Sylvie (Service de Psychologie et Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), **Consoli, Silla M.** (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), **Monjot, A** (Service de Diabétologie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP), **Kono-Manga, J** (Service de Diabétologie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP), **Altman, JJ** (Service de Diabétologie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP),

Représentations du diabète, attentes initiales et satisfaction finale des diabétiques admis en hôpital de semaine

Contact : pascale.van-vaeck@hop.egp.aphp.fr

105. Untas Aurélie (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Quintard Bruno** (Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Les déterminants psychosociaux de l'ajustement à une reconstruction mammaire différée

Contact : aurelie.untas@club-internet.fr

106. Varescon Isabelle (Université R. Descartes. Paris V), **Nathalie Camart** (Université Paris X), **Caroline Gérard** (CHU Cochin. Paris V), **Michel Detilleux** (CHU Cochin. Université R. Descartes. Paris V)

Etude des événements de vie et des stratégies de coping chez des sujets alcooliques

Contact : isabelle.varescon@univ-paris5.fr

107. Martin-Sentinelli Maria Laura (Université de Provence), **Pedinielli Jean-Louis** (Université de Provence)

L'ajustement à la douleur chronique: les apports du concept d'acceptation

Contact : marialauramartin@hotmail.com

108. Michel Nicolas (Université de Bourgogne)

Relation entre mécanismes de défense et stratégies de coping dans une situation de compétition durant une saison.

Contact : michel.nicolas@u-bourgogne.fr

Addictions

109. Maugendre Marjorie (Université de Metz - Laboratoire de Psychologie), **Spitz Elisabeth** (Université de Metz - Laboratoire de Psychologie)

Etude des facteurs de risque d'une consommation actuelle ou future de produits chez des adolescents pratiquant un sport de loisir

Contact : maugendrem@yahoo.fr

110. Solange Carton (Université Paris V), **Céline Jouanne** (Université Paris V), **Yves Edel** (Hôpital Salpêtrière, ECIMUD)

Alexithymie, niveaux de conscience émotionnelle et recherche de sensations chez des sujets poly-consommateurs

Contact : solange.carton@univ-paris5.fr

111. Lucia Romo (CHU Louis Mourier Service de Psychiatrie), **Lemghairbat Abdelkrim** (Université Paris X Nanterre), **Caroline Aubry** (UTAMA Hôpital Beaujon), **Jean Adès** (CHU Louis Mourier)

Une étude sur l'addiction aux jeux video et à l'Internet

Contact : lucia.romo@wanadoo.fr

112. Agnès Bonnet (Université de Provence Aix-Marseille I), **Lydia Fernandez** (Université de Provence Aix-Marseille I), **Pierluigi Graziani** (Université de Provence Aix-Marseille I), **Jean Louis Pedinielli** (Université de Provence Aix-Marseille I), **Rouan Georges** (Université de Provence Aix-Marseille I)

Stress et conduites addictives en milieu policier

Contact : Agnes.Bonnet@up.univ-aix.fr

113. Jean Marc Figard (Université de Franche-Comté)

Psychologie, santé, famille et addiction alcoolique.

Contact : jmf33@wanadoo.fr

114. Delphine Rey (Université de Provence U1), **Lydia Fernandez** (Université de Provence U1)

L'addiction aux benzodiazépines et ses relations avec certains états émotionnels et les événements de vie générés par le vieillissement chez 20 sujets âgés

Contact : reydelphine@aol.com

Abstract book des communications orales

Sessions Parallèles 1 Jeudi 23 juin : 11h-12h30	4
1A : Relation Médecin-Patient	4
Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement anti-hypertenseur	4
La relation médecin / malade dans la maladie d'Alzheimer	4
Analyse du rythme cardiaque de médecins candidats spécialistes en consultation oncologique simulée	5
Représentations sociales des antidépresseurs, des antibiotiques et des anti-inflammatoires	5
1B : Évaluations et Vieillesse	7
Étude des prédictors psychologiques de la santé chez l'adulte âgé	7
Être "vieux et malade": comment faire la différence? Défendre une perspective psychosociale	7
Catégorisation, alternance et dépression chez les personnes âgées	8
Les migrants âgés entre souffrance et exil	8
Cognitions et détresse du sujet âgé : étude des liens avec le vieillissement et l'institutionnalisation	8
1C : Perceptions, Douleur, Ajustement à la maladie	10
Personnalité, représentations de la maladie et adaptation à une maladie chronique	10
La dramatisation de la douleur : processus d'évaluation ou stratégie de coping ?	10
Adaptation française du « Pain Stage of Change Questionnaire » (P.S.O.C.Q. ; Kerns & al., 1997), un questionnaire évaluant la propension au changement des douloureux chroniques	11
L'évaluation subjective de la santé et ses relations avec les sentiments d'intégration et les processus d'adaptation	11
Les effets de l'éducation thérapeutique sur les représentations de la maladie, le stress, les stratégies de coping et l'observance, chez des adultes diabétiques insulinodépendants	12
Sessions Parallèles 2 Jeudi 23 juin : 14h30-16h	13
2A : Le burnout ou l'épuisement professionnel: un concept pour analyser l'influence du travail sur la santé organisé par Didier Truchot	13
Le burnout. L'état des recherches actuelles	13
Burnout et symptomatologie anxio-dépressive chez des chirurgiens dentistes : une approche centrée sur la personne	13
Stress et épuisement émotionnel chez les enseignants en élémentaire	14
Équité distributive, équité procédurale et émergence du burnout. Une recherche auprès de travailleurs sociaux	14
Épuisement professionnel et gestion des ressources humaines	15
2B. Sport et santé	16
Enjeux adaptatifs d'un investissement personnel intense en sport à l'adolescence	16
Dépendance à l'activité physique et santé, quelles relations ?	16
Facteurs psychologiques influençant la perception de la pénibilité d'un effort chez des sportifs de niveau sub-élite au cours d'exercices à intensité croissante et constante	17
États émotionnels et prise de risques en plongée sous-marine	17
2C : Addictions	19
La dépendance aux antalgiques chez les céphalalgiques	19
Alexithymie, niveaux de conscience émotionnelle et recherche de sensations chez des fumeurs recherchant une aide pour un sevrage	19
Rôle de l'alexithymie dans la consommation de substances psychoactives chez les jeunes adultes	20
Recherche de sensations et alexithymie chez des joueurs de course de chevaux: comparaison entre des joueurs pathologiques, réguliers et occasionnels	20
Les fondements idéologiques des catégories de dépendance, d'abus et d'usage nocif : Analyse statistique textuelle et discursive des grilles DSM IV-CIM 10 et des rapports officiels (DGS, 1999, 2002).	21
2D : Observance thérapeutique	22
Les effets de l'éducation thérapeutique sur l'observance d'adultes atteints de diabète insulinodépendant	22
Discours masculins et féminins sur les pratiques de consommation de médicaments psychotropes en Lorraine	22
Étude des facteurs d'observance des prescriptions comportementales dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cardiopathies	23
Étude de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue : une approche intégrative des théories sur l'autorégulation du comportement	23
Rôle de l'alexithymie dans l'adaptation à une maladie chronique	24
Sessions parallèles 3 : jeudi 23 juin : 16h30-18h	25
3A : Stress professionnel et personnel soignant	25
Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping : Etude auprès de personnels soignants	25
Analyse exploratoire de la signification de "santé au travail" pour des soignantes	25

Douleur, expression de la souffrance psychique dans la pratique de médecins généralistes de Bretagne Occidentale.....	26
Expression de la souffrance psychique de médecins généralistes à travers les comptes-rendus de leur pratique	26
3B. Conduites à risque.....	27
État de santé, comportements à risques et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle.	27
Les déterminants psychosociaux du don de sang : Influence de l'attribution de responsabilité, des inférences personnelles et de l'optimisme comparatif sur l'incitation au don de sang	27
Différences de genre dans les attitudes et dans les conduites sexuelles et à risque dans la population espagnole	28
Deux générations face aux risques sanitaires : émotions et catégorisation.....	28
3C : Santé et précarité organisé par Thémis Apostolidis et Christine Durif-Bruckert.....	30
Un score individuel de précarité (EPICES) et les problèmes relatifs à la santé	30
Précarité et vulnérabilité psychologique : de quelques enseignements d'une recherche comparative franco-portugaise	31
Perspective temporelle et situations de précarité : Régulations sociales et souffrance.....	31
Les liens Précarité-Santé : Diagnostic, traitement social et prises en charge.	31
3D : Cancer	33
Dynamique de la Perception des risques et de caractéristiques psychologiques après résultats de tests de prédisposition génétique au cancer du sein : une étude longitudinale nationale Française.....	33
Cancer et genre : approche psycho-sociologique	33
Les facteurs psychologiques prédisent-ils la survie de patientes 9 ans après un diagnostic de cancer du sein ?.....	34
Effets de la variabilité des processus de coping et de l'annonce du statut génétique sur l'ajustement émotionnel, de sujets à risque de cancers colorectaux héréditaires	34
Représentations sociales des acteurs de recherche en laboratoire de biochimie spécialisé dans le traitement du cancer.....	35

Sessions Parallèles 4 : Vendredi 24 juin : 9h-10h30 36

4A. Stress et traumatismes	36
Scolarité, locus de contrôle, stress et coping des sujets exposés au risque volcanique	36
Comparaison des manifestations de stress observées et déclarées au cours d'une expérience d'alitement de longue durée.....	36
Revue critique de la mesure du stress.....	37
Après la déportation : coping et réinsertion d'anciens résistants français	37
Les changements de références axiologiques des personnes en situation précaire dans la Région Centre (Coimbra, Portugal).....	38
4B : Symposium Actualité des recherches qualitatives en psychologie de la santé : Travaux empiriques organisé par Marie Santiago Delefosse	39
État des travaux anglo-saxons, De la psychologie qualitative de la santé à la psychologie critique de la santé	39
Étude qualitative des aspects psychologiques chez des patients en attentes de greffe (cœur, foie, poumon, rein).....	39
L'Échelle des Mécanismes de Défense des Soignants (EMDS) : un outil adapté à l'analyse de la pratique soignante.	40
Activité et émotion dans le travail infirmier.....	40
Représentations de la sexualité chez les médecins généralistes	41
4C : Confrontations aux enjeux de santé dans les organisations	42
Les problèmes de santé mentale au travail dans les institutions financières canadiennes: évolution des facteurs, stratégies et pratiques depuis 10 ans.....	42
Les pratiques de réinsertion professionnelle suite à une invalidité pour problème de santé mentale lié au travail: le cas d'une entreprise financière canadienne	42
Optimisme et adaptation à un infarctus du myocarde : quelles relations?.....	43
Santé et précarité, le vécu des usagers des PAS	43
« Désolé, vous n'avez le droit à rien ! » ou les discriminations dans le champ de la santé en Moselle.	43
4D : Corps et santé	45
Niveau de conscience émotionnelle, alexithymie et anxiété sociale chez les patients souffrant d'obésité morbide, candidats à la gastroplastie	45
Sport et santé : étude des défaillances du corps sportif	45
Image du corps et santé : Influence de la modifiabilité et de l'évaluation cognitive (trait) des stressors	46
Cancer et Genre - Partie II : Approche singulière.	46

Sessions parallèles 5 : vendredi 24 juin : 14h30-16h 47

5A : Table ronde pratiques professionnelles	47
Incidence du concept d'addiction sur la pratique clinique	47
Représentation sociale de la non-observance et identité des patients et des professionnels de la santé	47
Santé - prison : recherche – action	Erreur ! Signet non défini.
Sida, toxicomanie et société	48
5B. Symposium Vieillesse et Santé organisé par Geneviève Coudin	49
Identité personnelle, observance et consommation de psychotropes	49
Perte d'autonomie dans les démences sévères et attitudes soignantes	49

Diversité psychopathologique de la plainte mnésique de l'adulte vieillissant.....	49
Évolution de la santé subjective et de la perception des capacités cognitives chez des sujets déments : résultats de la cohorte PAQUID.....	50
La réticence des aidants familiaux à recourir aux services de gériatrie : une approche psychosociale	50
5C. Problématiques sociales de la santé et éducation à la santé.....	51
Problèmes de communication entre soignants et familles de patients en soins palliatifs : enjeux internes, enjeux politiques	51
L'acceptabilité de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté	51
Évaluation de l'impact d'une intervention d'éducation thérapeutique du patient asthmatique.....	51
Expérimentation de démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès de femmes enceintes, de personnes âgées et d'adolescents	52
Facteurs psychosociaux impliqués dans la motivation des patients asthmatiques à participer à l'éducation thérapeutique.....	52
5D. Approches psychosociales du VIH.....	54
Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez des patients VIH.	54
Les déterminants de la survenue d'une symptomatologie dépressive chez des patients infectés par le VIH lors d'usage de drogue.....	54
Les déterminants individuels de la prise de risque sexuelle chez des homosexuels masculins	55
Efficacité des Programmes de Prévention du SIDA dans Adolescents	55

Sessions Parallèles 6 : Samedi 25 juin 9h-10h30 56

6A. Symposium Approches psycho-sociales des risques sanitaires proposé par Michel Morin	56
Expériences subjectives et communication des risques.....	56
Perception de la covariation des comportements-problèmes chez des adolescents.	56
Comportements individuels face au risque sanitaire, quelques effets pervers de la prévention	56
Penser la construction des risques sanitaires : le regard des représentations sociales	57
6B. Recherches méthodologiques en psychologie de la santé.....	58
La consultation d'oncogénétique : contexte interlocutoire de la mise en scène des probabilités subjectives.....	58
Construction et validation d'un questionnaire évaluant les réactions de stress liées à l'annonce d'une biopsie mammaire	58
Construction d'une échelle d'évaluation des stressors de la vie quotidienne en milieu urbain	59
Une application de la théorie de l'engagement en maison de retraite	59
Le syndrome du canal carpien, une maladie professionnelle? Représentations sociales de la maladie, reconnaissance et identité.....	60
6C : Santé des jeunes.....	61
Stress chez les étudiants de première année: facteurs prédictifs et stratégies de coping.....	61
Attribution causale et soutien social perçu chez des adolescents atteints d'asthme ou de diabète : une étude comparative et longitudinale.....	61
Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens	62
Stress et déficience sensorielle	62
Troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année de faculté : prévalence et liens avec la personnalité, le syndrome dépressif et la consommation de substances psycho-actives. Une étude transversale.	62
6D. Qualité de vie.....	64
La qualité de vie subjective des parents d'un enfant épileptique ou diabétique.....	64
Qualité de vie des patients en réadaptation cardiaque - Effets des facteurs psychosociaux et des stratégies d'ajustement à la maladie	64
Facteurs associés et variables prédictives de la Qualité de Vie à 1 an dans la maladie cœliaque	65
Dépression postnatale, qualité de vie et sexe du bébé	65

Sessions Parallèles 1 Jeudi 23 juin : 11h-12h30

1A : Relation Médecin-Patient

1. Silla M. Consoli (Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris), Stéphane Laurent (Service Pharmacologie Clinique, HEGP, Paris), François-André Allaert (Cenbiotech, CHRU, Dijon), Renaud Urbinelli (Cenbiotech, CHRU, Dijon), Irina Leurs (AstraZeneca, Rueil Malmaison)

Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement anti-hypertenseur

Contact : silla.consoli@hop.egp.aphp.fr

État des lieux : Le contrôle de la pression artérielle chez l'hypertendu (systolique < 140 et diastolique < 90 mmHg), garant d'une prévention cardiovasculaire optimale, dépend à la fois de l'efficacité pharmacologique des produits prescrits, de la qualité de l'observance thérapeutique et de la dynamique de la relation médecin-malade, liée elle-même aux personnalités des deux partenaires et aux représentations de la maladie, par chacun d'entre eux. Dans une étude antérieure de type transversal (DUO-HTA), nous avons démontré que les croyances et représentations des médecins étaient prédictives du contrôle tensionnel chez leurs patients. Objectifs : Tester, dans une étude longitudinale appelée ENSEMBLE, la valeur prédictive des représentations du médecin sur le contrôle tensionnel obtenu un mois plus tard. Méthodes : 1372 médecins généralistes (MG) et 3846 hypertendus (57 % hommes, 43 % de femmes) âgés de 62 ± 11 ans, nécessitant une modification thérapeutique sous forme d'une association fixe de deux anti-hypertenseurs, ont rempli des questionnaires « en miroir », à l'inclusion. Les patients ont été classés, d'après les résultats tensionnels en « contrôlés » ou « non contrôlés », lors de la visite de suivi, effectuée en moyenne au bout d'un mois. Résultats : Plusieurs variables, du côté du patient, prédisent, en analyse univariée, le non-contrôle tensionnel à un mois : le sexe masculin, l'âge ≥ 65 ans, le fait d'être en période d'activité professionnelle, le tabagisme, l'abus d'alcool, l'obésité, une observance imparfaite, le vécu de l'hypertension comme une source de contraintes et de frustrations, et un lieu de contrôle de type externe. En analyse de la régression logistique multivariée et après ajustement sur toutes les variables « patient » confondantes, trois types de perceptions du MG prédisent le non-contrôle tensionnel : une perplexité face à une maladie résistante (Odds Ratio (OR) = 1,32 ; $p=0,001$), un scepticisme quant à l'observance du patient (OR=1,30 ; $p=0,003$) et le fait de trouver la consultation monotone (OR=1,19 ; $p=0,02$). Conclusion : Les croyances et représentations du médecin, et le degré de motivation qu'elles impliquent, semblent influencer les résultats en matière d'efficacité thérapeutique dans la prise en charge de patients hypertendus.

2. Isabelle Vincent (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)), Stéphanie Pin (INPES), Jean-Charles Verheye (INPES)

La relation médecin / malade dans la maladie d'Alzheimer

Contact : isabelle.vincent@inpes.sante.fr

Introduction : Certaines études récentes soulignent le manque d'implication dans la relation de soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, y compris à un stade débutant. Pourtant, en raison de diagnostics plus précoces, les médecins sont confrontés à un nouveau profil de patients qui revendique le droit d'être acteur à part entière de sa prise en charge. Par ailleurs, la littérature scientifique montre qu'une meilleure communication dans la relation de soin améliore, l'observance, les résultats cliniques et la qualité de vie. De même, une plus grande participation des patients aux décisions médicales diminue l'anxiété et améliore la satisfaction des patients. Objectifs Afin d'améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a créé un outil d'éducation du patient visant à placer davantage le patient au centre de la relation de soin, tout en tenant compte des spécificités de la maladie d'Alzheimer et des impératifs thérapeutiques. Méthode Cet outil a été conçu par un groupe de travail multidisciplinaire, à partir d'une revue documentaire ; de différents entretiens réalisés auprès de patients, d'aïdants et de professionnels de santé ainsi que l'observation d'activités de soins. Résultats La démarche proposée dans l'outil est adaptée du modèle des consultations à objectifs alternés, développé pour le suivi des maladies chroniques. Il insiste sur la nécessité de recueillir les attentes des patients, leurs ressentis, leurs difficultés et propose aux professionnels des exemples pratiques pour explorer leurs représentations et les capacités à entendre le diagnostic. Des techniques d'écoute active et d'entretien favorisant le dialogue sont également présentées et illustrées pour permettre aux médecins de construire une relation de soin fondée sur la participation active du patient. Conclusion Cet outil composé de documents pour le médecin et pour le patient propose une démarche qui ne constitue pas un modèle rigide, mais offre des éléments d'aide à la consultation. Le « guide médecin » apporte des exemples concrets pour permettre

de construire une relation de soin fondée sur la participation active et le respect du patient, quel que soit son état physique et psychique, tout en associant l'entourage familial.

3. Isabelle Bragard (Université de Liège), Aurore Liénard (Université Libre de Bruxelles), Virginie Duchêne (Université Libre de Bruxelles), Anne-Marie Etienne (Université de Liège), Yves Libert (Université Catholique de Louvain), Isabelle Merckaert, (Université Libre de Bruxelles), Julie Meunier, (Université Catholique de Louvain), Christine Reynaert, (Université Catholique de Louvain), Jessica Salis, (Université Libre de Bruxelles), Darius Razavi, (Université Libre de Bruxelles)

Analyse du rythme cardiaque de médecins candidats spécialistes en consultation oncologique simulée

Contact : Isabelle.Bragard@ulg.ac.be

L'étude vise à examiner la réponse de stress associée à l'annonce de mauvaises nouvelles lors d'une consultation oncologique simulée. Cette recherche est réalisée dans le cadre d'une étude randomisée évaluant l'impact d'une formation à la communication et à la gestion du stress professionnel sur les réactions biologiques de candidats spécialistes en oncologie. Une procédure de randomisation permet de répartir les médecins en deux groupes, le premier reçoit directement les 40 heures de formation et le second y participera de manière différée. Des évaluations ont lieu avant la formation (T1) et 5 mois plus tard (T2). Elles incluent une consultation simulée enregistrée et filmée et des mesures sociodémographiques, biologiques et psychologiques. La consultation reproduit une situation clinique au contenu hautement émotionnel. Elle est réalisée par une actrice et a pour thème l'annonce d'un diagnostic de cancer. Le rythme cardiaque et la pression sanguine des médecins sont mesurés tout au long de la consultation simulée. De plus, des échantillons de salive sont récoltés pour déterminer les concentrations de cortisol. La consultation simulée a été découpée en différentes phases : repos (30 min), préparation (lecture de l'anamnèse) (5 min), entretien simulé (20 min) et récupération (30 min). Une grille de détection des moments stressants de l'entretien a été conçue afin de faire des correspondances entre ces moments et la variation du rythme cardiaque. Une première analyse vise à déterminer les variations du rythme cardiaque durant les différentes périodes. Nous attendons une variabilité du rythme cardiaque plus importante lors de la préparation de la tâche et lors de la tâche elle-même. Ensuite, nous comparons les variations du rythme cardiaque et les moments stressants lors de l'évaluation avant formation de 2 médecins, l'un en burnout, et l'autre en absence de burnout. Le médecin en burnout devrait montrer davantage de variabilité cardiaque face aux moments stressants. Enfin, nous comparons les variations du rythme cardiaque et les moments stressants lors de l'évaluation avant et après formation d'un médecin ayant suivi l'entièreté du programme. Au temps 2, le médecin devrait être moins stressé et montrer une moins grande variabilité cardiaque. Les résultats sont en cours d'analyse.

4. Martine Quesnel (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Luc Guerreschi (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Catherine Garnier (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Serge Robert (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), Francine Dufort (Université Laval)

Représentations sociales des antidépresseurs, des antibiotiques et des anti-inflammatoires

Contact : luc.guerreschi@neuf.fr

Les liens entre la théorie et les pratiques médicales sont conditionnés par les rapports sociaux de sorte qu'on doit en tenir compte dans la construction d'un projet de recherche portant sur les diverses dimensions liées aux médicaments. Ceux-ci se manifestent, tout au long de la chaîne des médicaments, à travers des relations de pouvoir, de coopération ou encore par des conflits. Ces rapports sociaux se manifestent également à travers les relations qu'établissent les médecins avec leurs patients. Pour les uns, les médicaments est une substance qui change la condition de l'organisme vivant dans le cadre du modèle biomédical alors que pour les autres, il est médiateur de rapports symboliques mettant en scène l'humain dans sa globalité. Ces visions se rencontrent et se situent au cœur même de la relation médecin patient. Pour les étudier, trois médicaments ont été sélectionnés, soit les antidépresseurs, les antibiotiques et les anti-inflammatoires en raison de leur surconsommation et de leur surprescription. De plus, ces médicaments sont aussi fortement contrastés sur le plan de la durée d'utilisation et des pathologies qui leur correspondent et constituent des enjeux sociaux importants autant dans la communauté scientifique que dans les médias. L'examen de la place des médicaments dans les rapports sociaux implique la prise en compte des processus représentationnels qui interagissent avec les pratiques sociales. Ces processus sont étudiés à l'aide de l'approche théorique holistique et interdisciplinaire des représentations sociales parce que dans cette théorisation, les acteurs sociaux sont, au cours de leurs interactions, les constructeurs des représentations sociales. Ces dernières constituent un tissu social à partir duquel les groupes sociaux organisent leurs façons de penser, de se représenter l'environnement, d'agir et de communiquer. Les résultats qui seront présentés concerneront un groupe de patients et de médecins interrogés à l'aide d'entrevues et de questionnaires.

Parmi les résultats préliminaires, il ressort des divergences entre les représentations du médicament que se font les médecins et les patients. Pour les premiers, le médicament apparaît enchâssé dans sa matérialité et dans la pratique professionnelle alors que pour les seconds, il est davantage centré sur une vision fonctionnelle liée au soulagement de la douleur.

1. Daniel Alaphilippe (Université de Tours - François Rabelais), Nathalie Bailly (Université de Tours - François Rabelais), Kamel Gana (Université de Nancy 2), Bettina Martin (Université de Tours - François Rabelais)

Étude des prédicteurs psychologiques de la santé chez l'adulte âgé.

Contact : daniel.alaphilippe@univ-tours.fr

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une psychologie positive qui s'intéresse avant tout au développement normal notamment chez le sujet âgé. Nous nous proposons à travers une étude longitudinale d'observer les variables susceptibles d'identifier des prédicteurs pour les états à venir et notamment en ce qui concerne l'évolution de la santé dont on sait qu'elle est affectée par l'âge. Méthode. La population concernée a été réunie à la suite d'un appel à des volontaires par l'intermédiaire du journal d'une caisse de retraite. Plus de mille personnes de plus de soixante cinq ans ont répondu, 861 questionnaires ont été exploités. a) Procédure. Le recueil d'information se fait par questionnaires envoyés au domicile des participants. Variables identitaires : sexe, âge, état civil, niveau d'études, composition de la fratrie, lieu de vie, emploi principal antérieur, âge de la retraite, avis sur l'âge du départ en retraite. Ont été investigués : le bien-être (Deiner, Suh, Lucas & Smith, 1999), l'estime de soi (questionnaire de Rosenberg (Vallièrès & Vallerand, 1990), la satisfaction de vie (Ryff & Keyes, 1995), l'internalité (EHIPA, Alaphilippe & Chasseigne, 1993), la ténacité (Brandtstädter & Greve, 1994), le sentiment d'ennui (Gana & Akremi, 1998), la fréquence d'événements stressants (Bielauskas, Counte & Glandon, 1995), l'âge subjectif ainsi que la santé à travers une liste de pathologies. b) Résultats. L'ensemble de la population apparaît en bonne santé, bien adaptée avec un bien-être et une satisfaction de vie élevés. Deux facteurs se dégagent le l'ensemble des critères d'adaptation: l'un relatif à la santé l'autre à la satisfaction de vie et l'absence d'ennui. Une analyse de régression multiple pratiquée sur chaque facteur montre que la santé apparaît déterminée avant tout par l'estime de soi mais également par l'âge subjectif (Gana, Alaphilippe, Bailly, 2004), la quantité de stress et l'âge de la retraite. La satisfaction de vie se trouve quant à elle déterminée également par l'estime de Soi mais aussi par l'internalité et le sexe. Elle plus grande chez les hommes que chez les femmes. c) Conclusion. Cette étude va se poursuivre dans une perspective longitudinale. Un second prélèvement d'informations a eu lieu en 2003 un autre est en préparation pour 2005. BIBLIOGRAPHIE Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspective on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds) Successful aging: perspective from the behavioral sciences (Vol 1, pp 1-34). New York: Cambridge University Press. Bielauskas, L.A., Counte, M.A. & Glandon, G.L. (1995). Inventing stressing life events as related to health change in the elderly. Stress Medicine, 11, 93-103. Brandtstädter, J. & Greve, W. (1994). The aging self: stabilizing and protective processes. Developmental Review, 14, 52-80. Diener, E., Suh, E.H., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well being: three decades of progress. Psychological Bulletin, 125, 2, 276-302. Gana, K., Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2004). Positive illusion, mental and physical health in later life. Aging and Mental Health, 8, 1, 58-64. Gana, K. & Akremi, M. (1998). L'échelle de disposition à l'ennui (EDE): adaptation française et validation du Boredom proneness scale (BP). L'année psychologique, 98, 429-450. Ryff, C.D. & Keyes, C.L. (1995). The structure of well being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 4, 719-727. Vallièrès, E. & Vallerand, R.D. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. International Journal of Psychology, 25, 305-316.

2. Sibila Marques (Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)), Maria Luísa Lima (Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE)), Rosa Novo (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa)

Être "vieux et malade": comment faire la différence? Défendre une perspective psychosociale

Contact : sibilamarques@hotmail.com

La diminution de la santé est l'un des défis habituels lors d'un vieillissement normal et une vaste littérature s'est penchée sur l'étude des variables psychosociales qui déterminent la façon dont les individus vivent ce processus (Coudin, 2002; George, 2001). Cette étude se veut d'être une contribution allant dans ce sens. Le but étant de faire une analyse comparative de jeunes et personnes âgées vis-à-vis de plusieurs aspects: l'existence de la maladie physique et mentale, l'autonomie physique, la perception de la santé, l'identification avec la catégorie d'âge, les conceptions normatives de l'âge, les stéréotypes de la personne jeune et âgée et les maladies typiques qui y associées. L'étude empirique a été menée à bien en janvier 2005, avec un échantillon constitué par 127 Portugais des deux sexes. 67 participants étaient des étudiants universitaires (âgés entre 18-35 ans) et 60 étaient des personnes âgées (ayant plus de 65 ans) dont: 25 habitaient chez elles et fréquentaient un Centre de Jour et 35 habitaient chez elles et avaient une aide à domicile. Tous les participants ont répondu à un questionnaire d'une durée de quinze minutes environ qui comprenait les sections suivantes: i) données démographiques; ii)

conceptions normatives de l'âge (Drevenstedt, 1976); iii) identification avec l'âge (Garstka, Shmidt, Branscombe & Hummert, 2004) ; iv) stéréotypes et maladies typiques associées aux groupes d'âge (basée sur le processus de Schmidt e Boland ,1986); et iv) perception de la santé (Brissete, Leventhal & Leventhal, 2003) . En termes globaux, les résultats sont conformes à l'hétérogénéité en ce qui concerne la perception du vieillissement défendu par les théories bio-psycho-sociales (Coudin, 2002). Dans cet exposé on souhaite discuter les résultats obtenus avec les groupes de jeunes et de personnes âgées vis-à-vis de la perception de la maladie physique, de l'autonomie et de la santé, ainsi que de l'identification avec la catégorie d'âge, les stéréotypes et les maladies typiques associées aux différents groupes d'âge.

3. Souhir Bellasfar (Université Paris 7 -Denis Diderot), Maryse Siksou (Université Lyon II -Laboratoire de Psychologie de la Santé et du Développement)

Catégorisation, alternance et dépression chez les personnes âgées

Contact : souhirbel@yahoo.fr

La dépression est considérée comme un véritable problème de santé publique et elle est parmi les troubles les plus répandus en France. En effet 50% des personnes âgées vivant en institution présentent des symptômes dépressifs et jusqu'à 30% d'épisodes dépressifs majeurs. Le coup annuel lié à la dépression est estimé à plus d'un milliard d'euros (Barbier,D ; 2003). C'est dire l'urgence et l'importance de cerner la pathologie dépressive et ses effets sur le fonctionnement humain. Dans cette étude il est question d'étudier les processus d'alternance et de catégorisation afin, en premier lieu, de vérifier si leurs fonctionnements sont liés à celui du lobe frontal et, en second lieu, d'investiguer à la fois l'existence et le sens de la relation entre la dépression et les processus de l'alternance et de catégorisation. La population d'étude est constituée de 27 personnes âgées vivant en maison de retraite. Cet effectif est réparti en deux groupes : un premier groupe de personnes âgées déprimées et un deuxième groupe de personnes âgées non déprimées. L'étude des processus d'alternance et de catégorisation est effectuée à travers la tâche de fluence verbale. L'échelle de dépression gériatrique permet d'étudier l'association de la dépression avec ces deux processus et de faire une comparaison entre les résultats des deux groupes de personnes âgées. Les résultats de cette étude suggèrent que le processus d'alternance est lié au fonctionnement du lobe frontal et négativement corrélé avec le taux de dépression.

4. Phillipe Pitaud (Université de Provence)

Les migrants âgés entre souffrance et exil

Contact : dessagis@up.univ-mrs.fr

Parmi les populations répertoriées comme âgées, certaines cumulent un certain nombre de paramètres dont l'addition peut favoriser un exil dans l'exil sinon, à terme, un risque- dépendance accru. Il s'agit des populations constituées de migrants âgés marqués généralement par l'isolement, la précarité, des conditions de logement difficiles et un état de santé qui traduit, compte tenu de l'usure liée aux conditions de travail antérieures, un vieillissement prématuré sinon compliqué. Ainsi, l'avance en âge, par la réduction des capacités physiques, sensorielles et psychiques qu'elle impose peut constituer, surtout si elle est couplée à des conditions de vie sociale et économique difficiles, un terrain favorable à l'émergence d'une souffrance dont les formes diverses pourront conduire à la réduction de l'autonomie. La problématique de "l'entre-deux" marque très fortement le vieillissement du travailleur immigré, pris entre un "ici" et un "là-bas", qui participe "d'une longue attente, et en l'occurrence d'une attente d'être". SIBONY (1991) montre, qu'alors, pour ceux qui se trouvent en de tels lieux, le corps peut prendre en charge la mémoire "impossible".

5. Pascal Antoine (Université Charles de Gaulle, Lille3, UPRES TEC), Christine Antoine (Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal (59)), Rollon Poinot (Institut Curie, Unité de Psycho-Oncologie, Paris)

Cognitions et détresse du sujet âgé : étude des liens avec le vieillissement et l'institutionnalisation

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

Pour le sujet âgé, l'arrivée en institution est rarement un choix personnel mais résulte souvent d'une situation de crise, par ex. une chute, suivie d'une hospitalisation puis de la décision conjointe famille/corps médical d'un transfert vers une structure d'accueil. Les sujets présentent alors un état de détresse important qui peut aller jusqu'à un état dépressif et/ou anxieux. Actuellement il est néanmoins difficile d'évaluer cet état de détresse faute d'outil disponible. Les évaluations de la dépression ou de l'anxiété sont centrées sur les systèmes de classification psychiatrique avec la vocation de constituer une aide au diagnostic. Les évaluations de la qualité de vie font encore largement défaut pour les sujets âgés et visent en grande partie l'autonomie fonctionnelle. Notre premier

objectif était donc de disposer d'une évaluation fine de la détresse subjective du sujet âgé. Notre second objectif était de vérifier si des variables caractéristiques du vieillissement : âge, type de lieu de vie sont des déterminants de cette détresse. Nous avons constitué un corpus de 96 items à partir de la littérature (cognitions spécifiques de la dépression du sujet âgé, schémas cognitifs dysfonctionnels, désengagement) et de situations cliniques. Ce questionnaire initial a été pré-testé sous forme d'un entretien structuré auprès de 67 sujets, âgés de 62 à 97 ans. L'analyse des problèmes de passation ainsi que les analyses psychométriques ont permis d'aboutir à une deuxième version en 60 items. Cent soixante sujets, âgés de 65 à 102 ans, ainsi qu'un groupe témoin de 38 sujets âgés de 49 à 65 ans ont participé à cette deuxième phase. Nous présentons les résultats de cette deuxième étape. Les analyses permettent de retenir neuf dimensions à la fois relativement indépendantes les unes des autres et distinctes d'autres évaluations telles que la dépression ou l'anxiété. Plusieurs échelles se montrent sensibles à l'effet de l'âge et de l'institutionnalisation en particulier l'échelle 'désengagement/incurabilité' et l'échelle 'perte d'individualité'. Nous discutons les cadres possibles d'utilisation de cet outil et son intégration dans une démarche de soin.

1C : Perceptions, Douleur, Ajustement à la maladie

1. Sylvie Pucheu, (Service de Psychologie et Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Silla Consoli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5)

Personnalité, représentations de la maladie et adaptation à une maladie chronique.

Contact : pascal.van-vaeck@hop.egp.aphp.fr

Objectifs : Étudier le rôle respectif, dans l'adaptation à une maladie chronique, de la nature de la maladie, des caractéristiques socio-démographiques, des dimensions de la personnalité et des représentations subjectives de la maladie. Méthodes : 33 hémodialysés, 35 diabétiques insulino-dépendants, 37 insuffisants cardiaques, 40 patients suivis pour un cancer du colon, répartis, pour chaque groupe, en trois sous-groupes de sévérité, de taille comparable, ont rempli trois auto-questionnaires : le PAIS-SR (adaptation à la maladie); le NEO-PI-R (personnalité) et l'IPQ-R (représentations de la maladie). Résultats : Les difficultés d'adaptation à la maladie sont liées à la sévérité de la maladie ($p < 0,01$), excepté chez hémodialysés, mais pas à la durée d'évolution de la maladie. Les scores de détresse émotionnelle au PAIS-SR sont plus élevés chez les femmes ($p = 0,003$). Avec l'âge, les difficultés d'adaptation augmentent ($r = 0,17$), la perception de contrôle personnel sur la maladie diminue ($r = -0,26$), la maladie est perçue comme moins curable ($r = 0,19$), avec plus d'attributions à des facteurs de risque ($r = 0,23$), moins d'impact émotionnel de la maladie ($r = -0,17$). Lorsque le niveau d'études est plus élevé, la maladie est moins perçue comme évoluant par poussées ($r = -0,23$), ou comme source de répercussions émotionnelles ($r = -0,21$), est attribuée davantage à des facteurs de risque ($r = 0,23$) et moins au hasard ($r = -0,21$). Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'études et la sévérité de la maladie, les difficultés d'adaptation les plus importantes sont notées chez les hémodialysés et les insuffisants cardiaques et les moins importantes chez les patients suivis pour un cancer du colon et chez les diabétiques ($p < 0,001$). Après ajustement sur la nature de la maladie et les autres variables confondantes, les difficultés d'adaptation restent également prédites par le score N de névrosisme au NEO-PI-R ($p < 0,001$), ainsi que par le nombre de symptômes attribués à la maladie ($p < 0,05$), la perception de chronicité ($p = 0,01$) d'évolution par poussées ($p < 0,01$), ainsi que la perception de la maladie comme source de répercussions émotionnelles ($p < 0,001$). Conclusion : Les difficultés d'adaptation sont liées à la sévérité de la maladie (sauf pour les hémodialysés), à l'âge, au sexe, au niveau d'études, au « névrosisme » et à certaines représentations de la maladie.

2. Sandrine Irachabal (Université de Grenoble), Magalie Laffitau (Université de Bordeaux), Nicole Rasclé (Université de Bordeaux), Françoise Radat (CHU de Bordeaux), Marilou Bruchon-Schweitzer (Université de Bordeaux), Patrick Henry, (CHU de Bordeaux)

La dramatisation de la douleur : processus d'évaluation ou stratégie de coping ?

Contact : sandrine.irachabal@iut2.upmf-grenoble.fr

Durant les deux dernières décennies, la dramatisation a émergé comme l'un des plus puissants prédicteurs de l'expérience douloureuse : elle est associée à la détresse psychologique, au handicap physique et à l'intensité de la douleur (Jensen et al., 1994 ; Robinson et al., 1997). Cependant la nature de la dramatisation est source de controverses. Fréquemment évaluée grâce à des inventaires de coping son statut de stratégie d'ajustement a été remis en cause par certains auteurs qui la considèrent plutôt comme un processus d'évaluation primaire ou secondaire (Sullivan et al., 1995 ; Geisser et al., 1999 ; Stewart et al., 2001). Objectif : clarifier la nature de la dramatisation en testant l'adéquation de différents modèles théoriques avec nos résultats empiriques grâce à une analyse structurale confirmatoire (Lisrel 8.3). Trois modèles ont été comparés où la dramatisation était considérée dans un premier temps comme un processus d'évaluation primaire (modèle 1) puis comme un processus d'évaluation secondaire (modèle 2) et enfin comme une stratégie de coping (modèle 3). Population : 145 douloureux chroniques souffrant de céphalées, de rachialgies ou de douleurs neuropathiques pris en charge dans l'unité de traitement de la douleur chronique du CHU de Bordeaux. Outils : Différents questionnaires ont été utilisés pour évaluer ces processus : - évaluation primaire : Pain Beliefs and Perception Inventory (Williams et Thorn, 1989), - évaluation secondaire : Multidimensional Health Locus of Control (Wallston et al., 1978), - coping: Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel et Keefe, 1983) et Chronic Pain Coping Inventory (Jensen et al., 1995). Résultats: Les différents indicateurs d'adéquation obtenus nous permettent de considérer le modèle 1 comme le plus compatible à nos données empiriques. La dramatisation apparaît donc plus comme un processus d'évaluation primaire que comme une stratégie de coping. De plus elle prédit l'adoption d'un coping passif. Des analyses de pistes causales ont également permis de mettre en évidence que la dramatisation médiatisait la relation entre différents prédicteurs (l'intensité de la douleur ainsi que le statut marital) et le coping passif.

3. Colette Aguerre (Université François Rabelais Département de Psychologie 3, rue des Tanneurs 37041 Tours cedex 1), Isabelle Vannier (Consultation pour le traitement de la douleur CHRU de Tours Hôpital Bretonneau 37044 Tours Cedex), Gaëlle Thoraval (Université François Rabelais, Tours)
Adaptation française du « Pain Stage of Change Questionnaire » (P.S.O.C.Q. ; Kerns & al., 1997), un questionnaire évaluant la propension au changement des douloureux chroniques
Contact : aguerre@univ-tours.fr

Plusieurs études attestent des bienfaits des programmes standardisés d'apprentissage de la gestion de la douleur chronique qui sont proposés à l'heure actuelle. Les prises en charge cognitivo-comportementales donneraient tout particulièrement de bons résultats thérapeutiques. Leur efficacité apparaît cependant variable selon les individus. De nombreux échecs thérapeutiques semblent imputables à un manque de motivation à s'engager dans un travail de ce type. Pour optimiser les gains thérapeutiques, il est donc important d'évaluer au préalable dans quelle mesure les douloureux chroniques sont prêts à réviser leur manière habituelle de gérer leurs douleurs. Dans cette perspective, plusieurs auteurs ont cherché à appliquer aux problèmes rencontrés lors de l'apprentissage d'une meilleure gestion de la douleur chronique le modèle trans-théorique du changement intentionnel initialement développé par Prochaska et DiClemente pour comprendre les difficultés de sevrage tabagique et alcoolique. Leur modèle transposé aux douloureux chroniques décrit sous une forme séquentielle le processus dynamique qui préside à l'abandon des stratégies cognitivo-comportementales favorisant un accroissement et/ou une pérennisation des douleurs au profit de l'adoption de stratégies de faire face plus fonctionnelles. Il permet de distinguer quatre grandes types d'attitudes face à la douleur chronique repérables au cours du processus de changement : la « Pré-intention » de changer, l'« Intention » de changer, le « Passage à l'action » et le fait de se soucier du « Maintien » des gains thérapeutiques. Nous examinerons au cours de cette présentation la pertinence clinique de ce modèle en analysant la structure factorielle de la version française du « Pain Stage of Change Questionnaire » (P.S.O.C.Q.). Il s'agit d'un outil d'évaluation élaboré par Kerns et al. en 1997 que nous avons testé auprès d'une centaine de patients rencontrés à la consultation « douleur » du CHRU de Tours. Nos investigations statistiques nous ont permis d'identifier non pas quatre mais deux grands types d'attitudes face à la douleur chronique pouvant conditionner (du moins en partie) la nature de sa prise en charge : le fait d'avoir l'« Intention » de changer de comportement face à la douleur et le fait de se soucier du « Maintien » des gains thérapeutiques. Nous proposerons pour finir quelques stratégies thérapeutiques, d'inspiration cognitivo-comportementales, susceptibles d'aider les douloureux chroniques à cheminer vers un changement durable d'attitude envers leurs souffrances physiques qui leur soit plus salutaire.

4. Maria de Lourdes de Vasconcelos (Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), Marta Fonseca (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), Rui Duarte Santos (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto), Pierre Tap (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto)
L'évaluation subjective de la santé et ses relations avec les sentiments d'intégration et les processus d'adaptation
Contact : ceici@isbb.pt

La maladie, physique ou mentale, constitue une source importante de souffrance. Elle peut affecter tous les champs et toutes les dimensions de la vie personnelle (Holroyd e Lazarus, 1982). Cependant, Kafkia et al. (1996) ont montré que l'absence de maladie ou de symptômes, n'est pas synonyme de bonne santé et de bien-être complet. Ces auteurs défendent l'hypothèse selon laquelle la garantie du bien-être associé à la santé implique de multiples aspects : familiaux, amicaux, économiques, .. et entre en relation avec l'état psychologique et émotionnel, avec l'adaptation et le sentiment de sécurité face au travail et à la société en général. La présente étude a pour objectif de comprendre comment les individus perçoivent leur propre état de santé et comment cette perception dépend du sens qu'ils accordent eux-mêmes à leurs éventuels problèmes de santé, aux souffrances dont ils sont ou non sujets, à leur état psychologique actuel et à leurs habituels sentiments d'autovalorisation La présente étude, réalisée dans 14 Centres d'Examens de Santé de la Region Centre du Portugal (Coimbra), concerne 448 sujets (volontaires, classés en fonction de leur statut économique, de leur sexe, de leur âge) qui devaient, entre autres, évaluer leur état de santé sur une échelle d'intervalle (0 à 20, de très mauvaise à très bonne). Nous pouvions comparer cette évaluation subjective à une évaluation globale donnée par les médecins (dans les limites professionnelles habituelles) selon un protocole proposé par Tap et Vasconcelos (2004). L'évaluation subjective de la santé est analysée dans ses rapports avec les sentiments d'intégration sociale et les processus d'adaptation (coping) en fonction du statut socio-économique (précaires ou non précaires), du sexe et de l'âge.

5. Marlène Rizzo (Université Toulouse le Mirail), Florence Sordes-Ader (Université Toulouse le Mirail), Nathalie Breu Dejean (Université Toulouse le Mirail)

Les effets de l'éducation thérapeutique sur les représentations de la maladie, le stress, les stratégies de coping et l'observance, chez des adultes diabétiques insulino-dépendants

Contact : marlene.rizzo@laposte.net

Une personne diabétique insulino-dépendante doit acquérir un grand nombre de comportements afin d'atteindre ses objectifs glycémiques. Aussi, gérer le diabète peut s'avérer laborieux vu la nécessité de « jongler » entre l'activité physique et l'insuline qui abaissent la glycémie et la nourriture et le stress, sources d'hyperglycémies. Etre autonome, connaître les savoirs et savoir-faire exigés par la maladie, acquérir un mieux-être, semblent difficilement envisageable sans la collaboration des patients avec une équipe interdisciplinaire. Cette prise en charge biopsychosociale s'organise dans le cadre de semaines d'éducation. C'est donc dans un but d'améliorer les comportements d'observance que l'éducation thérapeutique prend son sens. Une recherche a donc été envisagée afin d'évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique sur l'observance des personnes diabétiques. Nous avons comparé 40 adultes diabétiques sur deux temps : (1) avant d'assister à une semaine d'éducation thérapeutique ; (2) trois semaines après. Agés de 17 à 77 ans, ils étaient diabétiques depuis quelques mois à plusieurs dizaines d'années. Nous avons utilisé le questionnaire sur l'observance élaboré par N. Breu-Dejean en 2003. Il comporte 33 items, dont 17 concernent l'observance du traitement : injections et doses d'insuline, et 16 mesurent l'observance des modalités de surveillance : alimentation, exercice physique, tests glycémiques, régime alimentaire? Nous mettrons en évidence dans les résultats, l'effet de la semaine d'éducation thérapeutique sur l'observance : seront analysées les dimensions de cet instrument mais aussi les items spécifiques. Nous associerons des variables secondaires telles que l'âge, le choix de la décision (semaine d'éducation thérapeutique imposée par le médecin ou choisie librement par le patient), le taux d'hémoglobine glyquée, la situation familiale. Brièvement, si les patients sont observants aux deux temps de la recherche, les plus jeunes sont tout de même les plus affectés par la non observance. Les personnes qui ont été conseillées par leur médecin, celles qui ont un taux d'hémoglobine glyquée plutôt bas sont les plus observantes. La situation familiale a, quant à elle, un effet variable en fonction des deux temps de recherche. Finalement, nous tenterons de montrer les limites de ce questionnaire en se posant la question de l'adhésion thérapeutique.

Sessions Parallèles 2 Jeudi 23juin : 14h30-16h

2A : Le burnout ou l'épuisement professionnel: un concept pour analyser l'influence du travail sur la santé organisé par Didier Truchot

1. Didier Truchot (Laboratoire de Psychologie, Université de Franche Comté)

Le burnout. L'état des recherches actuelles

Contact : didier.truchot@univ-fcomte.fr

Le burnout est un syndrome psychologique à trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou cynisme, réduction de l'accomplissement personnel. L'épuisement émotionnel renvoie au fait que la personne est "vidée nerveusement", a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail. On considère que c'est par l'épuisement émotionnel que s'enclenche le processus de burnout. La dépersonnalisation ou le cynisme représente la dimension interpersonnelle, sociale, du burnout. Elle renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, stigmatisantes, envers les personnes dont on s'occupe (clients, patients, élèves...), envers ses collègues, son institution, son travail. Avec un accomplissement personnel réduit, la personne s'évalue négativement, ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses. Son estime de soi diminue, son sentiment d'auto-efficacité décline. Le burnout n'est pas seulement une menace pour le professionnel mais aussi pour ses clients ainsi que pour l'organisation.

Les recherches transversales et longitudinales ont montré que le burnout a des effets particulièrement néfastes. Au niveau de l'individu on observe des conséquences 1) physiques (e.g., fatigue prolongée, troubles musculo-squelettiques, désordres psycho-somatiques, cholestérolémie, diabète de type 2) ; 2) comportementales (e.g., conduites addictives, agressivité, diminution des performances) ; 3) cognitives (e.g., pensées rigides, erreurs) ; 4) affectives (e.g., états dysphoriques) ; 5) motivationnelles (e.g., perte d'intérêt pour son travail). Au niveau inter-individuel le burnout se manifeste à travers des conflits avec clients, collègues, par une prise en charge défectueuse des clients (patients, etc.). Au niveau organisationnel, le burnout engendre une inefficacité au travail, un absentéisme élevé, un climat organisationnel négatif.

Ce symposium offre quatre contributions originales qui articulent des causes se situant à différents niveaux d'analyse et montrent la diversité des perspectives. La première intervention (Nicole Rasclé) présente une recherche menée auprès d'un groupe de 96 dentistes. Elle articule des causes « objectives » (nombre d'heures de travail, ancienneté dans le métier) et perçues (déséquilibre entre efforts et les récompenses) avec des facteurs de vulnérabilité individuelle (anxiété-Trait). La seconde intervention, (Didier Laugaa & Marilou Bruchon Schweitzer) est basée sur une recherche longitudinale. Menée auprès d'enseignants, elle cherche à éprouver le modèle transactionnel du stress. Les auteurs ouvrent leur réflexion sur des propositions destinées à prendre en charge les enseignants en difficulté. Le troisième intervention (Didier Truchot) présente une recherche menée auprès de 198 travailleurs sociaux. Elle pose la question de la justice perçue, et montre que l'équité procédurale a un poids plus important que l'équité distributive qui est pourtant la seule à être prise en compte dans les recherches actuelles. La quatrième intervention (Jean Pierre Neveu) est consacrée aux initiatives destinées à prévenir ou réduire le burnout. L'auteur contraste deux types d'approches, d'une part celle qui se consacre à la recherche des maux (pathogénèse) et débouche sur des thérapies organisationnelles, d'autre part celle qui se fonde sur la recherche des éléments de santé (salutogénèse) et met l'accent sur la gestion de la prévention des risques.

2. Nicole Rasclé (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Bordeaux 2)

Burnout et symptomatologie anxio-dépressive chez des chirurgiens dentistes : une approche centrée sur la personne

Contact : nicole.rasclé@ps.u-bordeaux2.fr

Cette communication vise à présenter les résultats préliminaires d'une étude transversale réalisée auprès de dentistes praticiens (N=92) de la région aquitaine, visant à évaluer le niveau de burnout de ces professionnels de la santé. Les premiers résultats de cette étude montrent tout d'abord que notre échantillon présente des niveaux moyens d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement professionnel identiques aux normes internationales mesurées par le Maslach Burnout Inventory. D'autre part, au-delà des liens corrélationnels entretenus entre les trois dimensions du burnout et une symptomatologie anxieuse (S.T.A.I. de Spielberger) et dépressive (échelle de Beck), c'est plutôt la mise en évidence par une analyse typologique, de profils différents, où la dimension « dépersonnalisation » est déterminante dans la classification des sujets. Le rôle respectif des conditions de travail objectives (nombre d'heures de travail, ancienneté dans le métier) et

perçues (modèle du déséquilibre entre les efforts et les récompenses de Siegrist) mais aussi de la vulnérabilité individuelle (anxiété-Trait) est avancé pour expliquer ces divers profils d'épuisement au travail.

3. Didier Laugaa & Marilou Bruchon-Schweitzer (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Bordeaux 2)

Stress et épuisement émotionnel chez les enseignants en élémentaire

Contact : didier.laugaa@wanadoo.fr

Le métier d'enseignant, comme tous les métiers centrés sur l'aide à autrui, est particulièrement stressant (Cherniss, 1980). L'une des conséquences du stress professionnel serait le *burnout*. Celui-ci est : *“ un état émotionnel dans lequel le travailleur perd ses sentiments positifs (optimisme), sa sympathie et son respect envers la clientèle. Cet épuisement moral s'accompagne souvent d'un épuisement physique, de maladies et de troubles évoluant sur un mode psychosomatique ”* (Maslach et Jackson, 1981).

Cependant, selon le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), il n'y a pas de lien direct entre le stress et la santé. Divers processus transactionnels (réactions cognitives, émotionnelles et comportementales élaborées face à l'adversité) *moduleraient* (modifiant, atténuant ou amplifiant) l'impact des stressseurs professionnels sur la santé de l'individu. Ces processus transactionnels ont des effets tantôt fonctionnels, tantôt dysfonctionnels sur l'ajustement et le non-ajustement professionnel et sur le *burnout* en particulier (Rascle et al., 2004).

Nous avons souhaité éprouver la validité de ce modèle théorique sur une population d'enseignants du premier degré.

- 410 enseignants ont accepté de répondre, au cours du premier trimestre de l'année scolaire, à une série de questionnaires : questionnaire de stress (Laugaa, Bruchon-Schweitzer, 2005 ; questionnaire de soutien social (Bruchon- Schweitzer, 2002) ; questionnaire de coping de Dewe (1985).

- 259 enseignants de la même cohorte ont répondu au cours du troisième trimestre de la même année scolaire à un questionnaire de burnout, le M.B.I de Maslach et Jackson (1981).

Nous présenterons les principaux résultats de cette recherche, dont les effets de caractéristiques du contexte scolaire et des stratégies de coping des enseignants sur leur burnout ultérieur. Ils suggèrent quelques pistes sur l'aide éventuelle à apporter aux enseignants en difficulté.

4. Didier Truchot (Laboratoire de Psychologie, Université de Franche Comté).

Équité distributive, équité procédurale et émergence du burnout. Une recherche auprès de travailleurs sociaux

Autant les conceptions théoriques que les résultats empiriques récents, montrent que l'équité perçue dans la relation avec les clients (usagers, patients, etc.) d'une part, avec l'organisation d'autre part est une des variables impliquées dans l'émergence du burnout (Buunk & Schaufeli, 1999 pour une revue). Ces travaux s'intéressent à un aspect particulier de la justice : l'équité distributive. D'après la théorie de l'équité (Adams, 1965), les individus recherchent de la réciprocité aussi bien au niveau interpersonnel qu'au niveau organisationnel : ce qu'ils investissent et gagnent au sein d'une relation doit être proportionnel à ce que l'autre membre de la relation investit et gagne. Un manque de réciprocité peut apparaître dans deux cas : quand l'individu est sous-bénéficiaire (il investit plus et/ ou gagne moins que l'autre) et quand il est sur-bénéficiaire (il investit moins et/ou gagne plus que l'autre). Nous faisons l'hypothèse que ces deux situations sont liées au burnout.

Toutefois, l'ensemble des recherches actuelles négligent un aspect important du sentiment de justice : l'équité procédurale c'est à dire la perception de la justesse du processus utilisé pour la distribution des récompenses : l'individu désire avoir un contrôle sur les décisions affectant la répartition des gains et des investissements. Or pour différents auteurs, la procédure (vs. la distribution) a un impact plus puissant dans la formation du sentiment de justice. Les informations sur les procédures sont plus facilement interprétables en ce qui concerne l'inclusion dans le groupe. Par ailleurs, l'individu a besoin de se former rapidement un sentiment de justice pour guider ses réactions. Par conséquent, les informations rapidement disponibles seront davantage prises en compte. Or le plus souvent les informations sur la procédure sont les premières à être disponibles (Van den Bos, Wilk & Lind, 1996, 1997). Nous faisons donc l'hypothèse que la justice procédurale aura plus de poids sur l'émergence du burnout comparativement à la justice distributive.

Des travailleurs sociaux (N= 198) ont renseigné un questionnaire évaluant les variables prises en compte dans cette recherche. Les résultats montrent que le sentiment de justice est lié de façon curvilinéaire au burnout. Et, conformément aux prédictions, la justice procédurale a un poids plus fort sur le burnout que la justice

procédurale, tant aux niveaux des relations avec les clients qu'avec l'organisation. Les résultats sont discutés au regard des implications théoriques et des préconisations possibles.

5. Jean-Pierre Neveu (Université Montesquieu, Bordeaux / LIRHE-CNRE, Toulouse).

Épuisement professionnel et gestion des ressources humaines

Contact : neveu@univ-tlse1.fr

Comme en témoigne l'importance des recherches suscitées à son égard (Truchot, 2004), l'épuisement professionnel est devenu un thème prisé par l'investigation psychologique. Pourtant, l'épuisement professionnel est aussi un phénomène reconnu dans la vie professionnelle et se décline dans une variété de situations (Kleiber & Enzmann, 1989). Une telle convergence n'est cependant pas fortuite. Elle correspond à un besoin d'investigations et de réponses sur un véritable fait de société aux conséquences particulièrement préoccupantes.

Face à ce problème, la logique comptable des entreprises est venue, pour une fois, à l'aide des salariés. En effet, le coût de la santé psychologique, supporté directement par l'organisation, ne peut rester longtemps ignoré tant il pénalise la compétitivité. Ce coût n'est pas, en effet, circonscrit au seul domaine financier. Il touche aussi les compétences de l'organisation, compétences portées par l'investissement engagé dans le savoir-faire des employés. Les pertes dans ce domaine sont difficilement chiffrables, mais dépassent assurément le seul coût salarial. Depuis, cette prise de conscience a aussi finalement touché le secteur public, en raison notamment des effets désastreux induits par ces coûts sur les finances de sécurité sociale.

Sur le terrain, privé ou public, il est devenu indispensable d'engager des initiatives pratiques en matière d'organisation du travail et de gestion des personnes. Cela s'est fait de façon décalée dans le temps, et inégale à travers les pays. Pour réduire l'impact de l'épuisement professionnel, ou même pour le prévenir, diverses approches ont ainsi été suivies et instrumentalisées par les services de gestion des ressources humaines. Le travail ici présenté est consacré à une présentation de ces initiatives.

La perspective choisie est de montrer que la santé n'est pas un concept neutre, qu'il est géré suivant la définition qui lui en a été donnée. Deux types d'approches ont donc été présentés et contrastés. L'un se fonde sur la recherche des maux (pathogénèse), l'autre sur celle des éléments de santé (salutogénèse). Le premier se caractérise par la mise en œuvre de thérapies organisationnelles, tandis que le second met l'accent sur une gestion de la prévention des risques.

2B. Sport et santé

1. Jérôme Tougne (Université de Reims Champagne-Ardenne)

Enjeux adaptatifs d'un investissement personnel intense en sport à l'adolescence

Contact : jtougne@hotmail.com

Le sport de haut niveau, lieu d'émergence d'exploits humains, réclame un investissement personnel hors du commun. Le caractère obsessionnel que peut revêtir l'investissement en sport de haut niveau est dans ce domaine valorisé en tant que qualité d'intensité et de persistance de la motivation du sportif. Pourtant, les concepts de Poursuite de l'Estime de Soi (Crocker & Park, 2004), de Perfectionnisme (Frost et al., 1993 ; Hewitt et al., 2002), voire d'Addiction à la pratique sportive (Michel et al., 2003 ; Pedinielli et al., 2004) suggèrent que certains types d'investissements personnels intensifs peuvent sortir du cadre de la motivation autodéterminée. Il paraît important de s'interroger sur les conséquences de ces conduites dans lesquelles certains enfants ou adolescents ne se sentent valorisés qu'au travers de leurs performances, et qui ne sont pas, dans la majorité des cas, récompensées par une carrière de sportif de haut niveau. Notre présentation s'appuiera sur une méthodologie qualitative composée de 40 entretiens avec des adolescents inscrits dans une logique d'accession au haut niveau sportif. Les hypothèses de cette démarche exploratoire sont les suivantes : 1. Un investissement prenant racine dans la poursuite de l'estime de soi et le perfectionnisme comporte un enjeu adaptatif fort en terme de recherche d'approbation et de conformisme aux attentes sociales (Greenberg et al., 1992 ; Leary & Baumeister, 2000). 2. Un investissement addictif relève de la recherche de sensations dans une logique d'évitement d'un ressenti émotionnel anxiogène et comporte donc un enjeu défensif important (Michel et al., 2003 ; Pedinielli et al., 2004). 3. Un investissement autodéterminé procède d'une logique d'adéquation entre l'activité sportive et les aspirations de l'individu. Ce type d'investissement ne se fait pas au détriment d'autres types d'investissements et ne paraît pas comporter d'enjeux psychologiques et adaptatifs primordiaux, hormis la satisfaction des besoins de compétence, d'autonomie et d'affiliation (Deci & Ryan, 1985 ; Vallerand & Losier, 1999). 4. La définition des deux premières modalités d'investissement, sortant du cadre de la motivation autodéterminée, pourrait expliquer l'émergence de certaines conduites pathogènes, ayant des répercussions néfastes sur la santé psychologique et physique de ces adolescents (blessures, dépendance à la pratique, confusions identitaires, etc.). Ces hypothèses, globalement validées par l'analyse de contenu, seront discutées à la lumière des théories récentes.

2. Benjamin Allègre (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), Marc Souville (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), Pierre Therme (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2)

Dépendance à l'activité physique et santé, quelles relations ?

Contact : benjamin.allegre@staps.univ-mrs.fr

Problématique : Le terme addiction a été originellement utilisé pour définir un comportement compulsif de consommation de substances (alcool, tabac, cocaïne...) ayant des conséquences néfastes sur l'individu. Cette définition est également utilisée dans le domaine des activités physiques et sportives. Il est montré que les sujets dépendants continuent de pratiquer malgré des blessures récurrentes et/ou persistantes. Par ailleurs, la littérature scientifique et les pratiquants attribuent aux activités physiques des vertus bénéfiques, voire thérapeutiques pour la santé. Ainsi, il semble important d'étudier si les problèmes de santé et les bienfaits attribués au sport diffèrent en fonction du niveau de dépendance des sujets. Méthodologie : La population de cette étude est constituée de 373 sujets participants à l'édition 2004 du Marseille-Cassis. Ces sujets remplissent un questionnaire constitué de 108 items incluant une échelle de mesure de la dépendance à l'activité physique et sportive. La première partie du questionnaire recueille les caractéristiques socio-démographiques de notre population : sexe, âge, poids.... La seconde partie porte sur les problèmes de santé rencontrés par les participants au cours des trois derniers mois. La partie suivante s'intéresse aux croyances des sujets. Enfin les symptômes de dépendance sont étudiés. Résultats : La population est composée de 77.5% d'hommes et 22.5% de femmes. La moyenne d'âge de notre population est de 39.22 (SD=10.52) ans. 3.8% des sujets peuvent être considérés comme dépendants aux activités physiques et sportives. 68.9% des sujets ont des symptômes de dépendances (Tolérance et Manque). Les sujets obtenant le score de dépendance les plus élevés ont plus souvent que les autres des problèmes de fatigues et d'insomnies que les autres sujets. Par ailleurs, ils croient davantage aux effets bénéfiques des activités physiques sur leur santé. Conclusion : Cette étude permet de se rendre compte de la complexité que véhicule le concept de dépendance à l'activité physique. Contrairement aux substances comme l'alcool ou le tabac, l'activité physique véhicule des valeurs positives et reconnues par le milieu médical, politique, et surtout par les pratiquants. Il sera

dès lors difficile pour l'individu de reconnaître l'existence d'éventuelles conséquences négatives de son activité sur sa santé (physique, psychologique et sociale).

3. Frédéric Boudin (Université F. Rabelais-Tours), Christian Réveillère (Université F. Rabelais-Tours), Muriel Garcin (Université des Sciences du Sport-Lille 2), Laurence Hamard (Université des Sciences du sport-Lille2), Véronique Billat (Centre de Médecine du sport, C.C.A.S. Paris), Michel Lhermitte (Université de pharmacie, Lille 2, Laboratoire de biochimie, CHR & U de Lille)

Facteurs psychologiques influençant la perception de la pénibilité d'un effort chez des sportifs de niveau sub-élite au cours d'exercices à intensité croissante et constante

Contact : fboudin@modulonet.fr

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de risque psychologiques et liés à la pratique sportive des conduites addictives (consommations de produits dopants et troubles du comportement alimentaire) chez des sportifs de niveau sub-élite. L'étude a été réalisée auprès de 196 personnes réparties en quatre groupes : (1) 49 coureurs de demi-fond, sport individuel et demandant de l'endurance, (2) 15 sprinters qui fournissent dans leur pratique des efforts intenses et brefs, (3) 51 joueurs d'un sport collectif (handball), (4) 70 adolescents ne pratiquant pas de sport en tant que groupe contrôle. La présence de produits dopants était déterminée à partir de l'analyse toxicologique de l'urine des participants selon le protocole du Comité International Olympique. Les troubles du comportement alimentaire étaient évalués par le biais d'un cahier alimentaire et de l'Eating Disorders Inventory (EDI). Les variables psychologiques évaluées étaient les suivantes : (1) traits de personnalité avec (a) le NEOPI-r et (b) l'inventaire d'anxiété-trait (STAI Y-A), (2) stratégies d'ajustement aux demandes émotionnelles de l'environnement : « Way of Coping Checklist » (Cousson et al., 1996) et enfin (3) indices d'état psychologique tels que (a) le stress perçu (Cohen & Williamson, 1988), (b) la qualité de vie (WHOQOL-26), (c) l'anxiété-état (STAI Y-B). Onze participants (5,6%) ont été détectés positifs au cannabis, et 8 protocoles psychologiques ont pu être traités. Les données traitées par une ANOVA de Kruskal-Wallis indiquent que les consommateurs de cannabis rapportent une meilleure santé psychologique et ont des profils de personnalité moins vulnérables au développement de troubles émotionnels que les non consommateurs. La pratique sportive n'est pas apparue comme un facteur de risque des conduites addictives. Ces résultats contraires à nos attentes seront discutés.

4. Agnès Bonnet (Université de Provence), Vincent Bréjard (Université de Provence), Lydia Fernandez (Université de Provence), Annie Piolat (Université de Provence), Jean-Louis Pedinielli (Université de Provence)

États émotionnels et prise de risques en plongée sous-marine

Contact : Agnes.Bonnet@up.univ-aix.fr

La prise de risques allie des déterminants individuels à des variables situationnelles. Elle implique la mise en jeu de facteurs cognitifs et émotionnels. L'objectif de cette recherche est de repérer si les sujets à risque présentent des états émotionnels spécifiques avant et après l'accomplissement de l'activité à risque. Il s'agit également d'analyser la modification du vécu émotionnel subjectif une fois l'activité réalisée. La population est constituée de 131 plongeurs sous-marins à l'air, avec un sexe ratio (H/F) = 116/15. L'âge moyen des sujets est de 40.20±9.45. Ils sont répartis en deux groupes : 61 sujets « à risque », et 70 « non à risque ». Nous avons utilisé l'échelle d'Emotions Différentielles (Izard, 1977) en 30 items, traduite et validée en français (Ouss, 1990), afin d'évaluer la composante subjective de l'émotion. Elle comporte neuf facteurs : Sensitivité, Joie, Colère, Paranoïa, Surprise, Attention, Découragement, Alerte, Dégoût. Ces facteurs correspondent à trois tonalités émotionnelles : Positive (Joie), Activation (Surprise, Attention, Alerte) et Négative (Paranoïa, Découragement, Dégoût). Les deux groupes de plongeurs ont des états émotionnels peu différents avant de plonger. Les sujets à risque sont plus alertes et moins sensitifs (sensibilité aux émotions négatives). Après la plongée, les sujets à risque sont ressentent plus de joie, et moins d'émotions négatives (colère, découragement, dégoût) que les sujets non à risque. Enfin, on note un effet de la plongée (comparaison des états émotionnels avant et après la plongée). Les plongeurs à risque sont plus joyeux après qu'avant la plongée ($p = .05$). On observe également un effet de la plongée pour les deux groupes de sujets, dans le sens d'une diminution des états d'activation (alerte et attention) avant et après la plongée. Enfin, on relève plusieurs interactions significatives ($p < .05$) pour les états émotionnels négatifs (sensitivité, colère, découragement et dégoût). L'effet de la plongée semble plus important pour les sujets non à risque (modification de l'état émotionnel pour 6 facteurs) que pour les sujets à risque (modification pour 4 facteurs). L'activité pourrait s'inscrire dans un processus de régulation émotionnelle, et la prise de risques, produit d'une évaluation cognitive et d'un état subjectif, pourrait s'inscrire dans le cadre d'une boucle hédonique dont l'objectif serait le maintien du Bien-être subjectif. Les états émotionnels pourraient ainsi être considérés comme des

opérateurs de la conduite à risque et constituer ainsi des « cibles » pour la prise en charge thérapeutique de ces sujets.

1. Françoise Radat (Unité de traitement des Dououreux Chroniques, CHU Pellegrin, 33076 Bordeaux), Magalie Lafittau (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Bordeaux 2), Sandrine IRACHABAL (Université de Grenoble)

La dépendance aux antalgiques chez les céphalalgiques

Contact : francoise.radat@chu-bordeaux.fr

L'utilisation quotidienne et excessive d'antalgiques est une situation fréquemment rencontrée chez les céphalalgiques. La question de savoir si cette consommation d'antalgiques entre dans le cadre des troubles liés à l'utilisation de substances tels que les définit le DSM IV se pose. C'est pourquoi nous avons étudié un échantillon de patients céphalalgiques utilisant quotidiennement des antalgiques. Nous avons montré que ces patients répondaient aux critères diagnostiques de dépendance dans la 66 % des cas lorsqu'ils utilisaient des antalgiques codéinés, dans 41.5 % des cas lorsqu'ils utilisaient des antalgiques caféinés, et dans 10 % des cas lorsqu'ils utilisaient des triptans. Pour vérifier la pertinence de l'utilisation des critères diagnostiques du DSM IV chez les céphalalgiques, nous avons établi un questionnaire à l'aide de ces critères. Une analyse confirmatoire a permis d'en explorer la validité de construit. Les questions se répartissaient en 7 facteurs de 1er ordre correspondant aux 7 items de dépendance décrits dans le DSM IV. Il existait un facteur de 2ème ordre qui peut être considéré comme un facteur général de dépendance. Par ailleurs, nous avons montré que les céphalalgiques utilisant quotidiennement des antalgiques présentaient un risque de souffrir de troubles abus/dépendance aux substances (autres que les antalgiques) plus importante que les migraineux n'utilisant pas de quantités excessives d'antalgiques. Enfin, leurs apparentés souffraient plus fréquemment de troubles abus/dépendance aux substances que les apparentés des migraineux sans utilisation excessive d'antalgiques. L'ensemble de ces résultats suggère que l'utilisation quotidienne d'antalgiques puisse s'apparenter à la dépendance. Il existe des arguments en faveur de la présence chez ces patients d'une vulnérabilité familialement transmise vis à vis des comportements addictifs. Actuellement, la prise en charge repose sur un sevrage durant lequel les dimensions pharmacologiques et neurologiques restent trop souvent seules prises en compte, au dépend des aspects comportementaux.

2. Solange Carton (Université Paris V), Céline Jouanne (Université Paris V), Gilbert Lagrue (Hôpital A. Chenevier, Consultation de Tabacologie)

Alexithymie, niveaux de conscience émotionnelle et recherche de sensations chez des fumeurs recherchant une aide pour un sevrage

Contact : solange.carton@univ-paris5.fr

L'objectif de cette recherche (1) est d'étudier d'une part les troubles de la régulation des émotions dans plusieurs conduites de consommation, d'autre part leurs relations avec la dimension de personnalité recherche de sensations. Nous suivons l'hypothèse générale que des déficits dans la régulation émotionnelle sont corrélés avec la recherche de sensations chez certains sujets, et que cette configuration clinique est susceptible de constituer une vulnérabilité clinique au développement d'une dépendance à une substance psychoactive. 37 patients polytoxicomanes ont été évalués à l'ECIMUD de la Salpêtrière. Les résultats montrent que : 1- Les niveaux de recherche de sensations sont supérieurs à ceux de la population générale, en particulier sur le facteur Désinhibition. 2- La moyenne des scores d'alexithymie (TAS-20) est supérieure au score seuil (56) et 62% des sujets sont alexithymiques. 3- Les niveaux de conscience émotionnelle sont très inférieurs aux normes de la population générale, aussi bien en ce qui concerne la difficulté à se représenter ses propres émotions que celles d'autrui. 4- Il n'y a pas de corrélation générale entre la recherche de sensations et l'alexithymie, ni avec les niveaux de conscience émotionnelle. Les sujets alexithymiques obtiennent des scores de recherche de sensations équivalents à ceux des sujets non alexithymiques. Ces résultats confirment d'une part les niveaux élevés de recherche de sensations chez des sujets consommant des substances psychoactives, d'autre part des niveaux élevés d'alexithymie. En revanche, cette alexithymie n'est pas corrélée ici avec les niveaux de conscience émotionnelle, les résultats de la littérature sur ce point étant contradictoires. Ils montrent par ailleurs que des sujets alexithymiques obtiennent des scores très élevés de recherche de sensations, ce qui laisse ouverte l'hypothèse de sa fonction de lutte contre les émotions. (1) Cette recherche est soutenue par un contrat MILDT-INSERM obtenu en réponse à l'appel d'offres 2001 sur les conduites de consommation.

3. Vincent Bréjard (Centre PsyCLE Université de Provence), Agnes Bonnet (Centre PsyCLE Université de Provence), Georges Rouan (Centre PsyCLE Université de Provence), Lydia Fernandez (Centre PsyCLE Université de Provence), Jean-Louis Pedinielli (Centre PsyCLE Université de Provence)

Rôle de l'alexithymie dans la consommation de substances psychoactives chez les jeunes adultes

Contact : vbrejard@up.univ-aix.fr

Introduction Actuellement, la consommation de substances psychoactives et de médicaments psychotropes chez les 18-25 ans est un réel problème de santé publique. En effet, cette population compte parmi les plus importants consommateurs de produits tels que l'alcool, le cannabis, le tabac, ainsi que d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Objectif L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence de l'alexithymie sur le sentiment de bien-être et d'étudier son articulation à cette variable comme facteur de risque de consommation de psychotropes. Méthode Nous avons utilisé une méthodologie de type quantitatif avec des auto-questionnaires : -Un inventaire de comportements à risque incluant une évaluations des comportements de consommation de substances -L'échelle d'alexithymie de Toronto en 20 items (TAS-20) -L'échelle de symptôme en 90 items (SCL 90 R) Nous avons testé les relations entre les différentes variables par des méthodes corrélationnelles puis un modèle de régression linéaire, avec un échantillon constitué de 259 sujets âgés de 18b à 25 ans. Résultats Nos résultats montrent plusieurs corrélations significatives entre alexithymie et consommation de substances (.28). entre consommation et niveau de malaise interne (.35) et entre consommation et sentiment de vulnérabilité (.20). Après avoir inclus ces différentes variables dans un modèle de régression multiple, un modèle satisfaisant a été dégagé : pour les substances psychoactives, la dimension « difficulté à identifier les émotions » de l'alexithymie, le degré de malaise et l'hostilité et expliquent 20 % de la variance de la consommation. Par ailleurs, l'alexithymie explique quant à elle 17,8 % de la variance du niveau de malaise interne. Conclusion Ces résultats tendraient à montrer que la difficulté à réguler ses émotions pourrait être à l'origine d'un sentiment de malaise que certains sujets tenteraient de « traiter » par la consommation abusive de psychotropes. La prise en compte de la difficulté à réguler ses émotions est donc indispensable dans l'étude des facteurs favorisant la consommation de psychotropes.

4. Céline Bonnaire (Université Paris V René Descartes), Catherine Bungener (Laboratoire de Psychopathologie Université Paris V René Descartes), Isabelle Varescon (Laboratoire de Psychopathologie Université Paris V René Descartes)

Recherche de sensations et alexithymie chez des joueurs de course de chevaux: comparaison entre des joueurs pathologiques, réguliers et occasionnels

Contact : celinebonnaire@chez.com

Objectifs : Le but de cette recherche est d'une part de tenter d'éclairer les contradictions de la littérature concernant le jeu pathologique et la recherche de sensations en étudiant ce trait de personnalité dans un échantillon de population française de joueurs de course de chevaux ; et d'autre part, d'étudier la dimension alexithymique chez ces derniers. Hypothèses : Les joueurs pathologiques jouant sur les hippodromes ont des niveaux de recherche de sensations significativement supérieurs aux joueurs réguliers et aux joueurs occasionnels. Les joueurs pathologiques sont plus alexithymiques que les joueurs réguliers et les joueurs occasionnels (notamment sur la dimension difficulté à verbaliser les émotions). La recherche de sensations apparaît chez les joueurs pathologiques comme un moyen de lutter contre l'alexithymie. Méthode : Deux groupes de joueurs sont constitués : un groupe de joueurs réguliers (n = 72), parmi lesquels sont extrait les joueurs pathologiques (n = 42) et un groupe de joueurs occasionnels (n = 8). Le South Oaks Gambling Screen et les critères du DSM-IV sont utilisés pour mesurer l'intensité de la conduite de jeu ; la recherche de sensations est évaluée par la Sensation Seeking Scale forme V ; et l'alexithymie par la Toronto Alexithymia Scale. La dépression est contrôlée grâce à la Beck Depression Inventory, version abrégée. Résultats : Les joueurs pathologiques ont obtenus des scores de recherche de sensations significativement supérieurs aux joueurs réguliers mais pas aux joueurs occasionnels. Alors que les joueurs réguliers et les joueurs occasionnels ont des scores d'alexithymie quasi similaires, les joueurs pathologiques ont obtenu des scores d'alexithymie significativement supérieurs aux joueurs réguliers. Le seul facteur qui différencie les joueurs pathologiques des joueurs réguliers et des joueurs occasionnels est la difficulté à identifier les sentiments. Les scores de dépression étaient peu élevés quelque soit le groupe de joueurs. Discussion : Les joueurs pathologiques fréquentant les hippodromes ont des niveaux élevés de recherche de sensations. Ils jouent pour l'excitation induite par le jeu. Ces joueurs pathologiques présentent également des scores d'alexithymie (en dehors de la dépression) élevés. La recherche de sensations pourrait représenter chez ces derniers un moyen de lutter contre l'alexithymie.

5. Alain Cercle (LAUREPS/CRPCC - UNIVERSITE RENNES 2), Karine Pain (LAUREPS/CRPCC - Université Rennes 2)

Les fondements idéologiques des catégories de dépendance, d'abus et d'usage nocif : Analyse statistique textuelle et discursive des grilles DSM IV-CIM 10 et des rapports officiels (DGS, 1999, 2002).

Contact : alain.cercle@wanadoo.fr

A première vue, les critères diagnostiques DSM IV et CIM 10 semblent inspirés par le seul souci d'identifier objectivement les troubles et dysfonctionnements liés aux usages de substances psycho-actives. Les grilles de « symptômes » proposées au praticien se présentent comme une liste d'items sans fondements idéologiques apparents. Or, depuis la fin des années 90, ces critères servent de références aux politiques de santé publique. Par une analyse rigoureuse des corpus textuels existants, nous nous proposons de mettre à jour les épistémologies implicites qui président à l'élaboration et à l'utilisation de ces entités diagnostiques. Notre première hypothèse est que chaque « chek list » des manuels de diagnostic ne se résume pas à une simple succession d'items. Ces grilles constituent des « discours » susceptibles de révéler leurs épistémologies cachées. Afin de tester cette hypothèse, ces corpus ont été soumis à une analyse lexicale distributionnelle (logiciel Sphinx Lexica) et sémantique (Tropes). Les résultats montrent que la définition de la dépendance est fonctionnelle (troubles des fonctions de contrôle et de régulation) alors que les catégories d'abus et d'usage nocif renvoient à une conception normative de la conduite (dégradation d'un état jugé a priori meilleur). Notre deuxième hypothèse postule une récupération non critique des catégories citées dans le champ de la santé publique, l'apparition de nouveaux critères normatifs et la négation de tout clivage entre les catégories de dépendance et d'usage. Les analyses factorielles des correspondances effectuées sur les tableaux lexicaux entiers (TLE) constitués à partir de deux rapports publiés par la Direction Générale de la Santé (1999, 2002) valident cette hypothèse. La notion nouvelle d'usage à risque s'insère bien dans l'espace lexical des critères normatifs ; le risque étant présenté comme un préalable aux dommages qui fondent les définitions de l'usage nocif (CIM 10) ou de l'abus (DSM IV). L'espace lexical des usages s'oppose nettement à celui de la dépendance (Axe1 : 68,1%). Nos analyses statistiques montrent aussi que la référence au produit devient centrale dans l'espace lexical des usages, qu'il s'agisse de l'usage nocif, à risque ou non problématique. Mais, contrairement à la dépendance conçue comme un trouble fonctionnel de l'hédonisme et de l'homéostasie, les usages problématiques restent des conduites non expliquées. Ces principes très différents d'élaboration des catégories diagnostiques demeurent implicites et n'empêchent pas les experts de postuler un continuum entre usage et dépendance. Autant d'ambiguïtés que notre étude révèle au-delà des similitudes formelles de présentation (questionnaires standardisés, échelles ...). Inspirée des recherches en épistémologie médicale cette analyse textuelle et discursive apporte une contribution critique à la psychologie de la santé. Elle révèle les principes épistémologiques qui sont implicitement à l'œuvre dans la construction des grilles diagnostiques et nous met en garde contre le transfert des catégories cliniques dans le champ de la santé publique.

2D : Observance thérapeutique

1. Marlène Rizzo (Université Toulouse le Mirail), Nathalie Breu-Dejean (), Florence Sordes-Ader (Université Toulouse le Mirail)

Les effets de l'éducation thérapeutique sur l'observance d'adultes atteints de diabète insulino-dépendant

Contact : marlene.rizzo@laposte.net

Une personne diabétique insulino-dépendante doit acquérir un grand nombre de comportements afin d'atteindre ses objectifs glycémiques. Aussi, gérer le diabète peut s'avérer laborieux vu la nécessité de « jongler » entre l'activité physique et l'insuline qui abaissent la glycémie et la nourriture et le stress, sources d'hyperglycémies. Être autonome, connaître les savoirs et savoir-faire exigés par la maladie, acquérir un mieux-être, semblent difficilement envisageable sans la collaboration des patients avec une équipe interdisciplinaire. Cette prise en charge biopsychosociale s'organise dans le cadre de semaines d'éducation. C'est donc dans un but d'améliorer les comportements d'observance que l'éducation thérapeutique prend son sens. Une recherche a donc été envisagée afin d'évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique sur l'observance des personnes diabétiques. Nous avons comparé 40 adultes diabétiques sur deux temps : (1) avant d'assister à une semaine d'éducation thérapeutique ; (2) trois semaines après. Agés de 17 à 77 ans, ils étaient diabétiques depuis quelques mois à plusieurs dizaines d'années. Nous avons utilisé le questionnaire sur l'observance élaboré par N. Breu-Dejean en 2003. Il comporte 33 items, dont 17 concernent l'observance du traitement : injections et doses d'insuline, et 16 mesurent l'observance des modalités de surveillance : alimentation, exercice physique, tests glycémiques, régime alimentaire. Nous mettrons en évidence dans les résultats, l'effet de la semaine d'éducation thérapeutique sur l'observance : seront analysées les dimensions de cet instrument mais aussi les items spécifiques. Nous associerons des variables secondaires telles que l'âge, le choix de la décision (semaine d'éducation thérapeutique imposée par le médecin ou choisie librement par le patient), le taux d'hémoglobine glyquée, la situation familiale. Brièvement, si les patients sont observants aux deux temps de la recherche, les plus jeunes sont tout de même les plus affectés par la non observance. Les personnes qui ont été conseillées par leur médecin, celles qui ont un taux d'hémoglobine glyquée plutôt bas sont les plus observantes. La situation familiale a, quant à elle, un effet variable en fonction des deux temps de recherche. Finalement, nous tenterons de montrer les limites de ce questionnaire en se posant la question de l'adhésion thérapeutique.

2. Pierre Moulin (Université Paul Verlaine Metz), Claudie Haxaire (Faculté de Médecine - Brest)

Discours masculins et féminins sur les pratiques de consommation de médicaments psychotropes en Lorraine

Contact : moulin@univ-metz.fr

Objectif : La consommation de médicaments psychotropes en France préoccupe les pouvoirs publics car elle s'avère très supérieure à celle observée dans les pays comparables. La présente recherche interdisciplinaire (associant anthropologie, linguistique et psychologie sociale) et multicentrique (Bretagne, Basse Normandie, Ile-de-France, Lorraine), vise à analyser le point de vue des usagers sur ces médicaments dont la consommation effective ne recouvre que partiellement les prescriptions médicales. Méthodologie : L'enquête menée en Lorraine visait à diversifier notre échantillon antérieur (n = 40). Ainsi furent menés 126 entretiens comportant 56 hommes et 70 femmes, soit 48 consommateurs et 81 non consommateurs de psychotropes. Les comptes rendus de pratiques recueillis en présence des médicaments de la pharmacie familiale (cf. ethnométhodologie), ont fait l'objet d'une analyse statistique de données textuelles avec le logiciel "Alceste" (Reinert). Résultats : Ces résultats de l'échantillon lorrain confortent les analyses thématiques menées par ailleurs et les résultats d'observation participante menées par les ethnologues (Haxaire 2002, Terrien & Haxaire 2004). Il apparaît ainsi que dans le corpus lorrain, à l'instar des précédents, les médicaments psychotropes, toutes classes thérapeutiques confondues, relèvent de la catégorie profane de « ce qui calme les nerfs » au même titre que d'autres remèdes comme les psychotropes de consommation courante (alcool, tabac voire cannabis) et les habitudes de vie. L'univers lexical spécifique des psychotropes ne comprend aucun terme renvoyant au monde médical tandis que les autres noms de spécialité se retrouvent dans un autre univers, celui des médicaments du médecin. La posture du locuteur quant aux psychotropes exprime un rapport duel, non médié au produit. L'analyse par genre relève de surcroît certaines différences significatives : l'univers lexical des psychotropes issus du corpus féminin comporte les termes du découpage temporel, des rythmes quotidiens, des doses, des habitudes intimes. Tandis que chez les hommes, ces termes se retrouvent dans l'univers du traitement des maladies chroniques. Les verbes d'actions s'avèrent très présents dans l'univers masculin de ce qui calme les nerfs, contrairement aux discours féminins comportant les verbes du ressenti. Conclusion : L'analyse par genre montre donc des différences importantes dans la manière de penser son propre rapport aux médicaments.

3. Gérard Guingouain (Laureps Université Rennes 2), Stéphane Perrissol (Laureps Université Rennes 2), Florence Terrade (Laureps Université Rennes 2)

Étude des facteurs d'observance des prescriptions comportementales dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cardiopathies.

Contact : stephane.perrissol@uhb.fr

Contexte de la recherche : La recherche proposée se situe dans un contexte d'observance comportementale et s'inscrit dans une logique soin / prévention. Plus précisément, l'objectif de cette étude consiste d'une part à identifier les facteurs susceptibles d'améliorer l'observance dans le traitement de maladies chroniques et d'autre part à élaborer une méthode évolutive d'encadrement et de prévention des risques de récurrence de ces affections chroniques. Pour cela, notre choix s'est porté sur la prise en charge des cardiopathies. Protocole et présentation des résultats : L'étude a été menée dans un premier temps (T0) dans un centre de rééducation spécialisé. Près de 250 patients ont ainsi été interrogés lors de leur séjour dans le centre de soins. Ces derniers étaient à nouveau sollicités dans un deuxième (T1 = 6 mois) et troisième temps (T2 = 18 mois plus tard) par courrier. Les patients répondaient à différents questionnaires et échelles (biographique, d'activités, de confiance, de locus, de besoin de cognition, d'estime de soi, d'anxiété, de stress, de coping et de soutien social) fondés essentiellement sur les modèles classiques de psychologie de la santé tels le Health Belief Model (Rosenstock, 1974) et les modèles tout aussi classiques du comportement tels ceux de l'Action Raisonnée et de l'Action Planifiée (Fishbein et Ajzen, 1975 ; Ajzen, 1985, 1991). L'observance des patients était mesurée à l'aide d'un questionnaire spécialement créé et validé statistiquement pour l'occasion. Les constats feront état des résultats obtenus à six mois. Un bilan des différentes variables ayant un impact sur l'observance des individus sera ainsi établi. Ajzen, I. (1985). From intention to action: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.) Action control : from cognition to behavior. New York: Springer-Verlag. Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavioral and Health decision Processes, 40, 179-211. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley. Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2, 238-335.

4. Laurent Muller (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz), Elisabeth Spitz (Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Metz)

Étude de l'observance thérapeutique chez la personne hypertendue : une approche intégrative des théories sur l'autorégulation du comportement

Contact : l-muller@wanadoo.fr

Introduction : L'hypertension artérielle constitue un risque cardiovasculaire à forte prévalence dans la population. Malgré l'utilisation de traitements antihypertenseurs efficaces, plus de deux tiers des personnes hypertendues traitées n'ont pas une pression artérielle « normalisée ». Cette constatation trouve son explication dans les mauvais comportements d'observance thérapeutique (OT) des patients. Théorie : Jusqu'à présent, les recherches visant à identifier les facteurs explicatifs de l'OT se sont principalement intéressées à l'intention du comportement. Or, comme le montrent de nombreuses études (e.g., Fishbein et al., 2003), l'intention n'est pas suffisante pour expliquer la mise en oeuvre effective des comportements. Les théories sur l'autorégulation du comportement ont récemment apporté un éclairage nouveau pour expliquer le passage des intentions aux comportements. Ces théories postulent que le comportement est dirigé par les buts humains. Ainsi, pour Maes et Gebhardt (2000), il convient de prendre en compte non seulement les variables de régulation motivationnelle des buts mais également les caractéristiques de la structure de buts personnels pour comprendre et expliquer les différences individuelles dans l'OT. L'objectif de cette étude est d'intégrer les savoirs issus des théories sur l'autorégulation du comportement pour décrire le passage des intentions d'OT aux comportements d'OT. Méthode : 92 personnes hypertendues sous traitement antihypertenseur ont répondu à un ensemble de questions sociodémographiques et médicales ainsi qu'à l'échelle des buts personnels (GIFS – Maes, Ter Doest & Gebhardt, 2002), à un questionnaire de détresse psychologique (GHQ-12 – Goldberg, 1972), à un questionnaire évaluant les variables de régulation motivationnelle identifiées dans la littérature (GAPI – Maes et al., 2003) et à une échelle d'observance thérapeutique (Laboratoire de psychologie, Metz, 2002). Résultats : Des analyses de régression linéaire ont mis en évidence que la détresse psychologique, les caractéristiques de la structure de buts personnels (valence d'approche ou d'évitement, perturbations...) ainsi que les variables de régulation motivationnelle (type de motivation – autonome ou contrôlée, efficacité personnelle, ...) étaient prédictives du degré d'OT des patients hypertendus. Cependant ces résultats varient en fonction des dimensions de l'observance thérapeutique étudiées (respect de la posologie, des rendez-vous médicaux...). Les résultats seront détaillés et discutés lors de la communication. Des propositions d'intervention seront également présentées.

5. Sylvie Pucheu (Service de Psychologie et Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Silla M. Consoli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5)

Rôle de l'alexithymie dans l'adaptation à une maladie chronique

Contact : pascale.van-vaeck@hop.egp.aphp.fr

Objectifs : Préciser la prévalence des caractéristiques alexithymiques dans diverses maladies chroniques, les liens entre alexithymie et sévérité de la maladie, et étudier le rôle modérateur éventuel de l'alexithymie dans l'adaptation aux formes les plus sévères d'une maladie chronique. Méthodes : 33 hémodialysés, 35 diabétiques insulino-dépendants, 37 insuffisants cardiaques, 40 patients suivis pour un cancer du colon, répartis en 3 sous-groupes de sévérité, de taille comparable, ont rempli plusieurs auto-questionnaires, notamment le PAIS-SR (adaptation à la maladie) et la TAS (alexithymie). Résultats : En moyenne, 31,7 % des sujets peuvent être considérés comme alexithymiques (score ≥ 56 à la TAS), sans différence significative en fonction du diagnostic. Il n'y a pas de lien entre la prévalence de l'alexithymie et la sévérité de la maladie. Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'études et la sévérité de la maladie, les difficultés d'adaptation varient selon le diagnostic ($p < 0,001$), en se révélant plus importantes chez les hémodialysés et les insuffisants cardiaques, et sont plus nettes chez les sujets alexithymiques ($p < 0,01$). Au sein de la population des diabétiques apparaît une interaction significative entre alexithymie et sévérité de la maladie ($p = 0,033$) : les difficultés d'adaptation sont plus grandes chez les alexithymiques, lorsque la maladie est peu ou moyennement sévère, et moindres lorsque la maladie est très sévère. Conclusion : L'alexithymie, répartie de manière comparable dans les 4 groupes de malades, est plus fréquente que dans la population générale (8 à 15%). Elle est globalement prédictive d'une moins bonne adaptation à la maladie, sauf chez les diabétiques, lorsque leur maladie est très sévère, évoquant dans ce cas chez ces patients un effet protecteur.

Sessions parallèles 3 : jeudi 23 juin : 16h30-18h

3A : Stress professionnel et personnel soignant

1. André Mariage (Université de Franche-Comté)

Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping : Etude auprès de personnels soignants

Contact : andre.mariage@univ-fcomte.fr

La recherche présentée vise à identifier les stratégies d'adaptation utilisées par un groupe de soignants en milieu hospitalier pour faire face au stress professionnel ainsi qu'à montrer les liens entre traits de personnalité et stratégies d'adaptation, en particulier dans le cas de personnalité dépressive. L'impasse est volontairement faite sur l'activité de travail en tant que processus dynamique marqué par l'action du soignant pour se centrer sur l'impact de l'organisation de la personnalité dans les réactions d'adaptation au stress, sans pour autant nier la part de l'environnement, ni non plus ignorer que le stress professionnel peut être envisagé comme produit de la confrontation entre l'individu et l'organisation ou encore ne pas s'intéresser à l'identification des éléments qui permettent au travailleur de maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes rencontrées dans son travail. Méthodologie L'échantillon est composé de 68 soignantes (Cadres, Infirmières et Aides-Soignantes). Toutes ont participé à la passation de 2 échelles : le CISS et la MMPI-2. Les résultats montrent que la population globale des soignantes n'élabore pas un type de coping spécifique (tâche, émotion ou évitement), même si on constate un investissement privilégié de certaines stratégies en relation avec la fonction exercée. La recherche souligne aussi la fragilité et le vécu de souffrance de certains soignants, corrélées positivement avec des stratégies d'ajustement orientées vers l'émotion et l'évitement, en particulier par la diversion sociale. Les personnes dépressives utilisent préférentiellement les stratégies de coping centrées sur l'émotion. Une stratégie de coping est efficace si elle permet à l'individu de maîtriser ou de diminuer l'impact des stressors sur son bien-être. S'il est admis que le coping centré sur l'émotion est protecteur à court terme et pour des événements incontrôlables, il n'est pas étonnant dès lors que les personnels dépressifs investissent ce type de coping particulier. En revanche, le fait d'élaborer préférentiellement des stratégies émotionnelles serait plutôt nocif en induisant par exemple des issues dysfonctionnelles somatiques et psychiques. La question posée maintenant est de comment agir sur les facteurs dispositionnels (et environnementaux), comment intervenir sur les processus d'évaluation et les stratégies d'ajustement afin de prévenir la souffrance personnelle et professionnelle.

2. Fabienne Fasseur (Institut de psychologie. Psychologie de la santé. Université de Lausanne. Suisse), Marie Santiago (Institut de psychologie. Psychologie de la santé. Université de Lausanne. Suisse)

Analyse exploratoire de la signification de "santé au travail" pour des soignantes

Contact : fabienne.fasseur@unil.ch

Les femmes qui travaillent sont de plus en plus soumises à des exigences professionnelles comportant des stress physiques et émotionnels dont la réalité est occultée (Messing, 2000, 2003). Dans les milieux du travail, leur activité tend à être perçue et jugée plutôt en termes d'identité féminine qu'en termes de professionnalisation (Molinier, 2003). Ainsi, plus particulièrement dans le domaine de l'aide aux personnes, l'attention portée à leur propre santé est sous-estimée car leur activité professionnelle est évaluée comme ne comportant pas de risques. Pour leur part, les femmes elles-mêmes ont tendance à ne pas prendre en compte, ou pas assez rapidement, leur santé au travail (cf., entre autres, la problématique du burn-out pour les infirmières). A partir d'une analyse qualitative d'entretiens semi-directifs, nous avons examiné la signification de la "santé au travail" pour des femmes travaillant en Suisse. Dans ce pays, l'intérêt pour la santé au travail est relativement récent (la loi fédérale date de 1996-2000) et les lois de protection différentes. C'est donc un champ nouveau de recherche par rapport à la France. L'analyse comporte une grille d'explicitation des thématiques obtenues dans les discours selon les critères de la recherche en psychologie phénoménologique (Smith, 2003 ; Giorgi, 1997 ; Santiago Delefosse, 2001). Les résultats présentent "un style cognitif du monde de la vie au travail" (Schutz, 1987). Ce "style cognitif" donne un accès privilégié au monde de la santé au travail tel qu'il est décrit, perçu et vécu par ces femmes. Cette étude préliminaire constitue le départ d'une étude de "l'impact de la subjectivité sur la perception de la santé au travail par des infirmières". Cette étude permettrait de mieux expliquer les raisons pour lesquelles un certain nombre d'entre elles semblent dans l'incapacité d'agir préventivement face à l'épuisement professionnel.

3. Claudie Haxaire (Département de Sciences Humaines et Sociales, Faculté de médecine Brest)
Douleur, expression de la souffrance psychique dans la pratique de médecins généralistes de Bretagne Occidentale
Contact : claudie.taxaire@univ-brest.fr

En France aujourd'hui, les troubles psychosociaux référencés sous l'étiquette souffrance psychique constituent les seconds motifs de consultation en médecine générale. Pour prendre en charge ces troubles, qui débordent la psychiatrie de secteur elle-même, les médecins généralistes ont dû élaborer un savoir pratique, issu de leur expérience, portant sur le diagnostic et sur les recours possibles. Dans le cadre d'un projet de recherche pluridisciplinaire financé par la MIRE sur les « représentations de la souffrance psychique par les médecins généralistes de Bretagne Occidentale » (Haxaire et al. 2002) nous avons recueilli quatre corpus dans des contextes d'interlocution plus ou moins liés à l'institution hospitalière. Dans 6 comptes rendu de pratiques portant sur les consultations d'une journée, et 4 focus groupes organisés entre 6 à 8 généralistes recrutés dans des groupes de formation continue, la consigne était de décrire les formes de souffrances psychique rencontrées dans la pratique et de parler des modalités de prise en charge. Le corpus suivant correspond aux enseignements donnés par deux généralistes maîtres de stage à leur interne à propos de la reconnaissance de ce type de souffrance chez les patients reçus dans la journée. Enfin, nous avons analysé 200 lettres envoyées par des généralistes aux urgences psychiatriques du CHU de Brest. Partant des réflexions des médecins de l'un des focus groupe estimant que, dans leur pratique, la distinction douleur/souffrance était de peu de pertinence, la première servant de signe d'appel pour la prise en charge de la seconde, nous avons analysé plus en détail ces associations telles que restituées dans l'histoire des relations thérapeutiques rapportées par les généralistes. Nous avons en particulier recherché, d'une part dans quel contexte connu du médecin les douleurs apparaissent suspectes au regard de l'histoire personnelle ou familiale, de l'autre et réciproquement, dans quel cas, par quelle pratique, de questionnement, d'écoute, le médecin dévoile, derrière la plainte, une souffrance longtemps masquée.

4. Cristina Dumitru Lahaye (Université Paris V)
Expression de la souffrance psychique de médecins généralistes à travers les comptes-rendus de leur pratique
Contact : cristinalahaye@yahoo.fr

Les enquêtes INSERM et SEMG révèlent qu'en France, 80% des troubles mentaux et psychosociaux sont vus en médecine générale (deuxième cause de recours aux soins). Nombre de problèmes de vie sont aujourd'hui vécus comme des souffrances psychosociales qui tendent à être médicalisées, dans une société où la souffrance psychique est devenue le nouveau mode d'expression du mal être (Ehrenberg 1998, 2004). Le plus souvent, ces troubles ne relèvent pas de la psychiatrie, à laquelle d'ailleurs les généralistes sont très peu formés. Devant la nécessité de prise en charge de ce mal-être, les médecins généralistes se construisent un savoir pratique, mobilisant des ressources tant personnelles que sociales. Ils se sentent néanmoins le « réceptacle » où chacun vient déverser son malheur et disent cruellement manquer de « techniques », d'outils d'analyse et de prise en charge. Ceci n'est pas sans coût et peut générer de la souffrance chez certains praticiens qui nous l'ont exprimé au décours d'une étude pluridisciplinaire, financée par la MIRE, sur « les représentations de la souffrance psychique par des médecins généralistes de Bretagne Occidentale » (Haxaire et al. 2002). Cette étude comporte des compte rendus de pratiques (6) portant sur les consultations d'une journée, et 4 focus groupes où il était demandé aux généralistes de parler des formes de souffrance psychique qu'ils rencontraient et des modalités de leur pratique à ce propos. Nous avons analysé les verbatim. Les discours recueillis, indexés aux situations particulières rencontrées, gardent trace de la souffrance du médecin, ce que dégage l'analyse de discours. En observant les euphémismes et les unités sémantiquement « subjectives » (cf. Kerbrat-Orecchionni) employés à la construction de l'objet de discours, nous avons mis en évidence une part de la souffrance qui n'est pas nommée explicitement par les médecins de l'étude, mais qui se manifeste à travers l'interlocution (stress, malaise, rire, lassitude). Nous avons également analysé dans les discours rapportés et intégrés ce qui les met mal à l'aise dans la relation avec leurs patients (tensions, désaccords, situations conflictuelles, etc.).

3B. Conduites à risque

1. Emilie Labbe (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé (CETAF)), Jean-Jacques Moulin (CETAF), Catherine Sass (CETAF), René Guéguen (CETAF), Virginie Dauphinot (CETAF), Caroline Dupré (CETAF); Laurent Gerbaud (Département de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand)

État de santé, comportements à risques et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle.

Contact : emilie-labbe@cetaf.cnamts.fr

Objectif: Etudier l'état de santé, les comportements et le mode de vie d'une population de jeunes en insertion professionnelle et rechercher les interactions entre l'âge et la précarité. Méthodes: La population rassemble les consultants des 90 Centres d'examens de santé de la CNAMTS, âgés de 16 à 25 ans, examinés entre 1999 et 2003. Les jeunes en insertion (sans emploi, sortis du cursus scolaire) sont comparés à un groupe de référence de non précaires (étudiants ou jeunes travailleurs). Les prévalences des indicateurs et les odds ratios ajustés sur l'âge, la région et l'année d'examen sont calculés. Résultats: 105 901 jeunes en insertion sont comparés aux 138 344 non précaires. La situation des jeunes en insertion est défavorable pour une majorité d'indicateurs : les effets les plus marqués sont observés pour le non suivi médical chez les hommes (21,6 % des jeunes en insertion et 10,1 % des non précaires (OR=2,60 ; $p<0,001$)) et les femmes (12,3 % des jeunes en insertion et 5,3 % des non précaires (OR=2,33 ; $p<0,001$)), l'absence d'aide matérielle pour les femmes (36,0 % des jeunes en insertion et 18,0 % des non précaires (OR=2,56 ; $p<0,001$)), l'absence de vacances chez les hommes et femmes (respectivement 49,1 % des jeunes en insertion contre 29,4 % des non précaires (OR=2,32 ; $p<0,001$) et 30 % des jeunes en insertion contre 16,1 % des non précaires (OR=2,39 ; $p<0,001$)) et l'obésité chez les femmes (8,8 % des jeunes en insertion et 4,1 % des non précaires (OR=2,24 ; $p<0,001$)). Des interactions statistiquement significatives entre l'âge et la précarité sont mises en évidence. Les risques des jeunes en insertion augmentent entre 16 et 25 ans pour l'absence d'hébergement en cas de besoin, les difficultés financières, le non suivi gynécologique et l'anémie alors qu'ils diminuent pour la consommation d'alcool, de tabac, l'absence d'activité physique, le non suivi dentaire et le déficit auditif. Conclusion: Les indicateurs étudiés sont fortement liés à la situation de précarité et défavorables pour les jeunes en insertion, avec des effets différents entre 16 et 25 ans.

2. Anne-Laure Saint-Antoine (Université de Metz), Pierre Moulin (Université de Metz)

Les déterminants psychosociaux du don de sang : Influence de l'attribution de responsabilité, des inférences personnologiques et de l'optimisme comparatif sur l'incitation au don de sang

Contact : laure.stantoine@wanadoo.fr

Objet d'étude : Avec le déclin régulier du nombre de donneurs de sang depuis 1987, le système transfusionnel français doit subvenir aux besoins quotidiens dans l'incertitude d'un approvisionnement suffisant. Si nombre d'enquêtes ont montré que 80% des personnes interrogées seraient prêtes à donner leur sang, seuls 4% des Français passent à l'acte régulièrement. Afin d'améliorer les campagnes de promotion du don de sang, nous nous proposons ici de déterminer les caractéristiques du receveur qui inciteraient le plus au don. Méthodologie : Deux recherches quasi-expérimentales ont été menées par questionnaire visant à mesurer l'incitation au don de sang à partir de scénarii mettant en scène un individu ayant reçu du sang et témoignant de cette expérience. 250 personnes ont pris part à la première expérimentation, qui manipulait l'origine ethnique (africaine, asiatique, européenne, maghrébine, anonyme), le sexe (masculin, féminin, anonyme) et l'âge (5, 30, 65 ans, anonyme) du receveur atteint d'une leucémie. La seconde expérimentation à laquelle a participé 180 sujets, croisait la profession du receveur (sans emploi, ouvrier, cadre), avec la situation qui l'a conduit à être transfusé (accident, agression, maladie) et le niveau de responsabilité (responsable, non-responsable) dans celle-ci. Résultats : On découvre tout d'abord que plus la victime est jugée responsable de son sort et moins elle incite à donner. Aussi, on constate que plus les répondants se perçoivent eux-mêmes à risque d'être un jour à la place du receveur et plus ils sont prêts à se montrer altruistes. Par ailleurs, alors que les sujets se montrent également altruistes à l'égard d'une victime anonyme et d'une victime dont ils connaissent le sexe ou l'âge, ils préféreraient faire don à une victime anonyme plutôt que d'origine maghrébine ou africaine. Enfin, dans la condition «non-responsable», on note aucune différence d'intention de don entre situations ; mais quand les victimes sont jugées responsables de leur sort, c'est le malade du sida qui inciterait le plus au don. Conclusion : Finalement, donner son sang est-il un geste inconditionnel ? Il semblerait que toutes les vies n'aient pas la même valeur, les sujets n'étant pas prêts à venir en aide à n'importe quelles victimes.

3. Sonia Mayordomo (Université d'éducation à distance), Silvia Ubillos (Université de Burgos)

Différences de genre dans les attitudes et dans les conduites sexuelles et à risque dans la population espagnole

Contact : smayordomo212@eresmas.com

Le but de cette étude est de contribuer avec une vision sur les différences de genre dans les rapports sexuels. Cette recherche veut examiner les prédictions des théories qui essayent d'expliquer les différences de genre en ce qui concerne les comportements et les attitudes sexuelles. Toutes concluent que les femmes auront un nombre mineur de partenaires sexuels que les hommes et que celles-ci auront plus d'attitudes négatives vers les relations sexuelles occasionnelles. Les résultats de l'étude ont été obtenues d'une enquête sur la conduite sexuelle et à risque face le VIH appliqué dans des capitales espagnoles. L'échantillon représentatif est constitué par 1489 hommes et 1446 femmes d'âges compris entre 18 et 45 ans. Les résultats confirment que les femmes ont moins partenaires, mais, de plus durée et elles sont moins d'intervalle de temps sans couple que les hommes. Les rapports sexuels des femmes sont caractérisés par une stabilité. Malgré que l'on a constaté que la différence dans l'âge de début des rapports sexuelles entre les hommes et les femmes elle est mineure, celles-ci commencent ses relations coïtales plus tard. Les femmes choisissent des couples plus âgés qu'elles et elles les perçoivent comme des conjoints potentiels. Les hommes ont une attitude plus favorable vers le sexe casuel et les relations d'amour ludiques, tandis que les femmes accordent à ses relations une signification plus romantique. En ce qui concerne les conduites sexuelles de prévention, les hommes ont plus de connaissances sur la procédure d'utilisation du préservatif, ils présentent une attitude plus positive vers cette méthode et ils perçoivent que l'attitude de son couple vers le préservatif est plus favorable. Les hommes ont une majeure autoperception à risque ainsi que une majeure perception de gravité face la possibilité de transmission du VIH. En plus, ils considèrent qu'ils auront plus des possibilités d'utiliser le préservatif dans l'avenir et ils manifestent l'avoir utilisé plus dans sa vie. Nos résultats suggèrent que les programmes de prévention doivent s'orienter plus vers le sexe casuel dans le cas des hommes, tandis que les changements des croyances sur la scène amicale-romantique doivent être orientés plus vers les femmes.

4. Dominique Lassarre (Laboratoire de psychologie appliquée. Université de Reims), Dominique Meiffren (CUFR Nîmes)

Deux générations face aux risques sanitaires : émotions et catégorisation

Contact : dominique.lassarre@univ-reims.fr

Une enquête a été menée auprès de deux populations, des étudiants de 16 à 28 ans et des actifs de 40 à 52 ans dans deux villes moyennes. Elle a montré que la notion générale de risque suscitait des émotions identiques, mais que les risques évoqués spontanément n'étaient pas les mêmes. Les deux générations ne catégorisent pas les risques sanitaires de manière identiques. Leur génération, celle de leurs enfants et celles de leurs parents ne se voient pas attribués les mêmes risques sanitaires. Les réponses font apparaître des différences que l'on peut interpréter en terme de représentations des risques en fonction de l'âge mais en fonction des représentation du contexte socio-historique passé, présent et à venir.

5. Arnaud Siméone (Université Lumière, Lyon 2)

La perception du risque d'ébriété associé à une consommation conjointe d'alcool et de cannabis.

Contact : arnaud.simeone@univ-lyon2.fr

Les enquêtes les plus récentes tendent à montrer que la consommation du cannabis est en augmentation chez les adolescents et les jeunes adultes dans l'ensemble des pays occidentaux, quelle que soit sa fréquence, expérimentale ou répétée (INSERM, 2001 ; Beck & Legleye, 2004). Cette banalisation de l'usage du cannabis semble s'accompagner d'une relative baisse de la perception du danger associé à la consommation de ce produit. Paradoxalement, les travaux scientifiques soulignant les effets délétères de la consommation de cette substance n'ont jamais été aussi nombreux et tranchés. En particulier, l'implication croissante de l'ivresse cannabique dans les accidents de la circulation est un phénomène de plus en plus préoccupant (Movig et al., 2003), d'autant plus que la consommation de cannabis se fait très souvent conjointement avec celle de l'alcool, et que ces deux substances potentialisent leurs effets enivrants (Degenhardt, 2001). La recherche présentée ici propose une modélisation de la perception du risque d'ébriété associé à une consommation conjointe d'alcool et de cannabis, dans un échantillon de 80 jeunes adultes, garçons et filles, consommateurs occasionnels ou non d'alcool et / ou de cannabis. La méthode utilisée est une application de la mesure fonctionnelle, associée à la Théorie Fonctionnelle

de la Cognition (Anderson, 1996). A l'aide d'une échelle continue de 20 cm, elle propose aux participants de juger du risque d'ébriété associé à une consommation conjointe d'alcool (4 degrés : 0, 3, 6, 9 verres) et de cannabis (4 degrés : 0, 2, 4, 6 cigarettes) lors d'une soirée. Vingt-quatre scénarios (16 combinant les deux facteurs et 8 unifactoriels) sont ainsi présentés à trois reprises à l'ensemble des participants. Un questionnaire déclaratif vient compléter ce matériel. Les résultats de cette étude soulignent que les participants ne perçoivent pas l'effet synergique lié à la consommation des deux toxiques, mais estiment au contraire que ces derniers voient leurs effets s'associer sous une forme sous-additive. Autrement dit, la croissance du risque d'ébriété lié à la consommation du cannabis est faible, si la cible a déjà bu une quantité importante d'alcool, et réciproquement. Ce phénomène est d'autant plus important pour les participants ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis.

Depuis deux décennies en France, la précarité est devenue une question sociale incontournable, notamment par les enjeux qu'elle soulève en termes de santé publique concernant les populations cumulant des difficultés d'ordre psychologique, économique et social (morbidity, prise en charge). Les contributions des sciences sociales de la santé (principalement la sociologie et l'épidémiologie sociale) ont été nombreuses et essentielles dans l'analyse de la précarité, des formes qu'elle peut prendre en tant que processus dynamique et multifactoriel, des disparités sanitaires liées à différentes situations de précarisation. A contrario, peu de recherches en psychologie de la santé de langue française s'intéressent à cet objet. Or, l'étude du vécu subjectif de la précarité et l'analyse des facteurs psychosociaux (dispositionnels, situationnels, sociaux) en jeu dans les formes multiples de précarisation (déterminants, conséquences) représentent aujourd'hui des enjeux fondamentaux à la fois pour la connaissance scientifique de ces phénomènes complexes et pour la conception de l'action publique. En effet, les études des liens entre précarité et santé, physique et psychique, sont aujourd'hui au cœur de la demande sociale de santé publique. Ces études constituent des opportunités de contextualisation pour les recherches qui confrontent leurs enjeux conceptuels et pragmatiques aux objectifs de la promotion sanitaire. Ainsi, les terrains de la précarité peuvent devenir porteurs de nouveaux questionnements pour la recherche en psychologie de la santé (théorie, méthode, éthique).

Le présent symposium réunit quatre contributions originales dont l'objectif est de re-interroger la notion de la précarité (définition, facteurs associés) dans le cadre des problématiques de recherche et/ou d'action liées à la santé. Comment définir la précarité en prenant en compte le caractère multifactoriel du phénomène ? La contribution de C. Sass et de ses collaborateurs (CETAF) présente un travail de validation à grande échelle d'un indicateur multidimensionnel (EPICES) permettant d'identifier les personnes en situation de précarité à partir des populations fréquentant les Centres d'Examens de Santé (CNAMTS). La contribution de P. Tap (Université de Toulouse Le Mirail) et de M. Vasconcelos (CEICI -Centre Européen de Recherche sur les Conduites et les Institutions-, Portugal), à partir d'une recherche comparative entre la France et le Portugal, menée dans le cadre du CEICI, propose une réflexion sur les variations de la vulnérabilité psychologique, dimension essentielle en jeu dans les processus de précarisation, en fonction de différents facteurs sociodémographiques et de l'identité nationale. La contribution proposée par N. Fieulaine (Université Lyon II) et T. Apostolidis (Université de Provence) présente une recherche dont l'objectif est d'analyser le rôle joué par la perspective temporelle (mesurée par l'échelle multidimensionnelle ZTPI) dans les liens entre situations de précarité et rapport à la santé. Enfin, la contribution de C. Durif-Bruckert et A-M. Bagur (Université Lyon II), à partir d'un terrain de recherche-action, explore les conceptions de la précarité dans une double perspective, celle des professionnels impliqués et celle des populations confrontées à la précarité, et propose une réflexion sur la place du chercheur intervenant sur le terrain de la santé. Loin d'épuiser l'ensemble des questionnements soulevés par les liens entre précarité et santé, ce symposium se propose de croiser différents axes de recherche actuels permettant d'ouvrir des perspectives de conceptualisation et d'action (complexification des situations et déplacement des problématiques).

1. Catherine Sass (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de santé) Caroline Dupré (CETAF), Emilie Labbe (CETAF), René Guéguen (CETAF), Laurent Gerbaud (Département de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand), Jean-Jacques Moulin (CETAF),

Un score individuel de précarité (EPICES) et les problèmes relatifs à la santé

Contact : catherine.sass@cetaf.cnamts.fr)

Objectifs: Vérifier la validité d'un score individuel de précarité (EPICES) comme indicateur de morbidité. Méthodes: L'échantillon comportait 197 389 hommes et femmes, âgés de plus de 18 ans, ayant bénéficiés en 2002 d'un examen de santé dans un Centre d'examen de santé. Le score EPICES a été calculé pour chaque sujet à partir de 11 questions relatives à la précarité économique et sociale. Le statut socio-économique a été mesuré par la catégorie socioprofessionnelle (CSP), le niveau d'études et la situation vis-à-vis de l'emploi. Les associations entre EPICES et l'état de santé ont été analysées à l'aide d'un ensemble d'indicateurs de morbidité et de mode de vie. Les risques associés aux quintiles du score EPICES ont été estimés par des odds ratios (ORs) en prenant comme référence le quintile 1 (situation la moins précaire). Résultats: Des relations score dépendantes significatives ont été observées entre EPICES, le statut socio-économique, l'état de santé et le mode de vie ($p < 0.001$). Ces associations persistent après ajustement sur l'âge et le statut social ($p < 0.001$). Les sujets des CSP les moins favorisées, avec les niveaux d'études les plus bas ont en moyenne un score EPICES deux fois plus élevé que les sujets des CSP les plus favorisés ou avec un niveau d'études élevé. Les quintiles les plus élevés sont associés aux états de santé les plus mauvais ($p < 0.001$). Pour la plupart des indicateurs, les ORs sont au moins deux fois plus importants pour les quintiles 4 et 5 que pour le quintile 1. Par exemple, les ORs d'absence de suivi dentaire (hommes et les femmes), d'obésité (femmes) et de maigreur (hommes) sont 3 plus importants dans le quintile 4 et 4 fois plus dans le quintile 5 ($p < 0.001$), les ORs de mauvaise santé perçue sont 3 plus importants dans le quintile 4

et 5 fois plus dans le quintile 5 ($p < 0.001$). Conclusion: Cette étude montre la valeur du score EPICES, un score individuel de précarité facile à mettre en oeuvre, pour identifier les personnes ayant des problèmes de santé ou d'incapacité liés à la précarité économique et/ou sociale.

2. Pierre Tap (Université de Toulouse Le Mirail; Ceici (Coimbra, Portugal)), Maria de Lourdes Vasconcelos (Institut Supérieur Bissaya Barreto; Directrice du Ceici (Coimbra, Portugal))

Précarité et vulnérabilité psychologique : de quelques enseignements d'une recherche comparative franco-portugaise

Contact : pierretap@aol.com

A partir d'une enquête préliminaire du Ceici (Centre Européen de Recherche sur les Conduites et les Institutions) auprès de 449 personnes de Toulouse et de Coimbra, en situation précaire ou non précaire, enquête publiée en français et en portugais, nous voudrions proposer quelques réflexions et enseignements sur l'interaction supposée entre la précarité socio-économique et le sentiment de valeur personnelle, le sentiment d'intégration sociale, l'autoévaluation du stress et du coping, les croyances et les valeurs affirmées. Le constat majeur est lié au fait que les différences les plus significatives en termes de vulnérabilité psychologique se situent dans la comparaison entre français et portugais. Même si les personnes en situation précaire sont plus vulnérables que les personnes non-précaires, les femmes plus que les hommes, les personnes âgées plus que les personnes jeunes, ces différences sont moins fortes que celles liées à l'identité nationale. A partir de ces résultats une recherche internationale plus large (France, Portugal, Espagne, Italie) sera engagée sur l'analyse différenciée des familles en situation précaire et sur les conditions optimales de mise en place de formations et de relations d'aide proposées à ces familles.

3. Nicolas Fieulaine (Groupe d'Etude des Relations Asymétriques, Département de Psychologie Sociale, Université Lyon 2 (France); Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix-en-Provence), Thémis Apostolidis (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix-en-Provence, INSERM U379)

Perspective temporelle et situations de précarité : Régulations sociales et souffrance

Contact : Nicolas.Fieulaine@univ-lyon2.fr

De nombreuses études ont démontré l'impact des situations de précarité sociale sur la santé mentale. Parmi les facteurs susceptibles d'intervenir dans ce lien, la Perspective Temporelle (PT) apparaît comme particulièrement pertinente. En effet, les analyses sociologiques soulignent que les situations de précarité peuvent engager un rapport au temps spécifique, marqué par l'instabilité et l'incertitude. La PT peut alors apparaître comme un facteur de protection ou de vulnérabilisation face à ces situations, par exemple par une centration sur un passé négatif marqué par des événements traumatiques, et donc intervenir dans l'émergence de troubles psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression. L'objectif de cette étude est d'explorer les régulations sociales dont la PT fait l'objet, et de déterminer son rôle dans la souffrance psychologique en fonction des insertions sociales. Dans ce but, 275 personnes ($Mage = 34.04$; $SD = 6.42$) ont été interrogées à l'occasion de leur visite dans un centre d'examen de santé gratuit de la CNAM. Le questionnaire a permis le recueil des caractéristiques socio-démographiques des sujets, ainsi que leur niveau de précarité (mesuré par le score EPICES), et était composé d'une mesure de la souffrance psychologique (anxiété et dépression ; échelle HAD), d'indicateurs du rapport à la santé (santé perçue, attention portée à la santé), ainsi que d'une mesure standardisée de la PT (version courte de la ZTPI ; Apostolidis & Fieulaine, 2004). Les analyses ont visé à explorer le rapport entre PT et insertions sociales, ainsi que le rôle joué par la PT dans le lien entre insertions sociales et souffrance psychologique (modèles structuraux). Les résultats font apparaître le caractère socialement régulé de la PT, ainsi que le rôle médiateur du rapport au passé dans l'impact de la précarité sociale sur la souffrance psychologique. Ils démontrent également le rôle joué par la PT dans le rapport à la santé. Cette étude permet de mettre en évidence les régulations sociales dont la PT fait l'objet, et de souligner le rôle de cette variable psychosociale dans la souffrance psychologique liée aux situations de précarité. Elle offre en outre de nombreuses perspectives de recherches et d'interventions en lien avec les phénomènes de précarisation sociale.

4. Christine Durif-Bruckert (Département Psychologie sociale; GERA, JE 24 08, Université Lyon 2; ICAR-UMR 5191; CNRS/ENS-LSH), Anne Muriel Bagur (Psychologue, AVVEJ - Ressource)

Les liens Précarité-Santé : Diagnostic, traitement social et prises en charge.

Contact : christine.durif@univ-lyon2.fr

Problématique : identifier le signifiant précarité ainsi que les enjeux et mécanismes psychosociaux de la prise en charge des publics dits précaires, du double point de vue des représentations et théories explicatives des professionnels concernés et des populations de 50/60 ans en situation de précarité

Méthode : Au sein d'un dispositif de recherche-action (commune du Sud de Lyon), nous avons articulé un double diagnostic basé sur des entretiens : -auprès d'une cinquantaine de professionnels concernés par l'accueil des personnes dites précaires (secteur médico-psychiatrique, social et insertion) - auprès d'une quarantaine d'habitants repérés par ces derniers comme étant marqués par des critères de précarité

Résultats : Deux axes d'analyse seront retenus par les intervenants et abordés dans leur complémentarité : **1)** Anne-Muriel Bagur identifiera certaines tendances de « styles de précarité », de parcours de précarisation, et analysera à partir de la notion de «place sociale » le rapport à la santé et l'originalité des conceptions de santé des publics dits précaires **2)** C. Durif-Bruckert dégagera à partir de l'analyse comparative du double diagnostic professionnels/population (décalages , convergence) une suite de questionnements concernant la position d'aide et de soins. Dans cette perspective interactive (points de tension et de conflictualité, d'adhésion et de résistance), seront identifiés différents niveaux des traitements (en terme de représentations et de travail psychique) que les sujets dits précaires réservent aux expériences de pertes, épreuves et ressentiments qu'ils traversent, plus particulièrement en ce qui concerne les stratégies de la demande : attribution des responsabilités, estimation de la normalité, co-construction et modes de présentation des symptômes corporel ou psychique, activation des ressources personnelles... Sur cette question de la précarité et des destructurations physiques, psychiques et sociales qui se manifestent et se formalisent en son nom, il nous semble intéressant d'interroger la fonction et l'éthique du chercheur qui intervient sur le terrain de la santé, dans le domaine de la santé publique.

1. Claire Julian-Reynier (Inserm UMR379), Catherine Noguès (Centre René Huguenin), D. Stoppa-Lyonnet (Institut Curie), Christine Lasset (Centre Léon Bérard), Fricker Jean-Pierre (Centre Paul Strauss), Elisabeth Luporsi (Centre Alexis Vautrin), Agnes Chompret (Institut Gustave Roussy), Rosine Guimbaud (Centre Claudius Regaud et le Groupe Génétique et Cancer (Berthet Pascaline, Bignon Yves Jean, Chevrier Annie, Demanges Liliane, Dreyfus Hélène, Dugast Catherine, Frenay Marc, Gesta Paul, Longy Michel, Lortholary A, N'Guyen TD, Sobol H, Venat-Bouvet L, Vennin Philippe, Zattara-Cannoni Hélène)

Dynamique de la Perception des risques et de caractéristiques psychologiques après résultats de tests de prédisposition génétique au cancer du sein : une étude longitudinale nationale Française

Contact : julian@marseille.inserm.fr

L'impact psychologique des tests génétiques de prédisposition aux cancers du sein et/ou de l'ovaire est peu documenté. Objectif: évaluer de manière prospective l'évolution des caractéristiques psychologiques et de la perception du risque de cancer chez des femmes non malades, porteuses ou non porteuses d'un gène prédisposant au cancer du sein et/ou de l'ovaire. Méthodes: Analyse intermédiaire d'une cohorte nationale de femmes non malades porteuses ou non d'une mutation des gènes BRCA1/2 identifié dans leur famille au préalable (N=233 ; 22 centres participants). Le recueil a été mené par auto-questionnaires (avant la consultation de résultats, à 15 jours, à 6 mois). 161 personnes (70%) ont répondu à tous les questionnaires et ont été incluses dans l'analyse. Les variables dépendantes étaient le profil dépressif (CES-D scale), l'impact de l'annonce du risque (IES scale) et la perception des risques de cancer du sein et/ou de l'ovaire. Résultats: Pour les femmes BRCA+ (n=68), le niveau de dépression a augmenté de manière significative après l'annonce des résultats ($p<0.05$), pour redescendre au niveau de base lors de la mesure à 6 mois. La même tendance ($p<0.05$) a été observée pour l'impact psychologique de l'annonce des résultats (dénier et idées intrusives). Pour les femmes BRCA- (n=93), ces deux indicateurs sont restés stables tout au long du suivi. Avant les résultats des tests, le risque de cancer du sein était perçu comme élevé-très élevé par 54% de l'échantillon. A 6 mois, les femmes BRCA+ avaient une augmentation significative de cette perception (76%, $p<0.05$) alors que les femmes BRCA- avaient une perception très diminuée (seulement 10.9% estimaient toujours avoir un risque élevé-très élevé; $p<0.001$). Les mêmes tendances étaient observées pour la perception du risque de cancer de l'ovaire. L'ajustement multivarié de ces données notamment sur les caractéristiques socio-démographiques, sur le soutien social seront détaillées en tenant compte des corrélations intra-familiales. Conclusions: La dynamique de la détresse émotionnelle des patientes BRCA+/- après l'annonce des résultats ainsi que l'impact de cette annonce sur la perception du risque sont des indicateurs synthétiques pour comprendre les changements cognitifs opérés par les patientes. Ils ne doivent pas occulter la nécessité d'étudier de manière clinique les variabilités individuelles du vécu de ces résultats.

2. Lionel Dany (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence, Aix-en-Provence ; Centre Hospitalier de la Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille), Patrice Cannone (Centre Hospitalier de la Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille), Eric Dudoit (Centre Hospitalier de la Timone, Service d'Oncologie Médicale, Marseille)

Cancer et genre : approche psycho-sociologique

Contact : lionel.dany@up.univ-aix.fr

L'objectif de nos travaux est de questionner l'influence des variables socio-contextuelles sur les stratégies d'action et de pensée mises en œuvre par les acteurs de la relation soignante (patients et soignants) dans le contexte des soins en oncologie. Nous avons réalisé une recherche qui visait à interroger l'expérience de la maladie cancéreuse et des soins à travers le concept de genre (Mathieu, 1973 ; Welzer-Lang, 2002). Ce concept permet de dépasser la détermination biologique des sexes pour se centrer sur la construction des identités de genre par le biais des rapports homo et hétéro sociaux. Nous avons effectué une soixantaine d'entretiens semi-directifs auprès de patient(e)s et d'infirmiers(ières) d'un service d'oncologie médicale*. Notre analyse s'est centrée sur la signification de l'expérience vécue (Smith, 1995). L'analyse des entretiens révèle un certain nombre de points de différenciation. Les hommes et les femmes se différencient sur leur perception de l'étiologie de la maladie (plus souvent psychogène pour les patientes). Les hommes tendent à se définir comme « objet » et les femmes comme « sujet » des soins. Les hommes opposent une identité collective de principe à la situation de soin. Certains soins (massages, psychologiques) font l'objet d'une négociation reposant sur la « revendication » d'une différenciation sexuée, confirmée par les propos des soignants. Ces points de différenciation constituent une forme d'endoscopie des plus privilégiées pour analyser l'expérience de la maladie cancéreuse. Être malade c'est également, voire avant tout, être « un homme malade » ou « une femme malade ». Les schémas de genre posent d'autres réalités et obéissent à d'autres « lois » et logiques que celles de la médecine et de la pratique médicale. Prendre en

compte la « dimension genrée » des relations de soins peut et doit favoriser « l'alliance thérapeutique » (Dany, Cannone, Dudoit & Favre, 2005). * Cette recherche a été financée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

3. Florence Cousson-Gélie (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Marilou Bruchon-Schweitzer (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Jean Marie Dilhuydy (Institut Bergonié), Loréna Matthey (Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Les facteurs psychologiques prédisent-ils la survie de patientes 9 ans après un diagnostic de cancer du sein ?

Contact : Florence.gelie@u-bordeaux.fr

Introduction : Depuis plusieurs décennies, de nombreuses études ont été entreprises pour déterminer l'impact de certains facteurs psychologiques sur la durée de survie de patientes atteintes d'un cancer du sein. Toutefois, ce lien est toujours très controversé. Objectif : Vérifier l'existence éventuelle de ce lien auprès de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. Patients et méthode : Notre population est constituée de 75 patientes atteintes d'un premier cancer du sein de stade II ou III, âgées de 30 à 70 ans et traitées par une chimiothérapie d'induction. Elles ont été suivies pendant neuf ans, à partir du moment où le cancer a été diagnostiqué. Les patientes ont été rencontrées deux fois : - avant la confirmation du diagnostic, les variables sociodémographiques, médicales, divers antécédents médicaux et psychologiques ainsi que des traits de personnalité ont été évalués (anxiété-trait avec le STAI de Spielberger, 1983, image du corps avec le QIC de Bruchon-Schweitzer, 1981) - trois semaines après l'annonce du diagnostic, les stratégies de coping (W.C.C.-R de Cousson et al., 1996), le stress perçu (PSS de Cohen et Williamson, 1983), le contrôle perçu (CLCS de Pruyn et al., 1988), le soutien social perçu (SSQ de Sarason, 1983) et l'anxiété état ont été évalués. Les données concernant la durée de survie sans récurrence et l'évolution de la maladie ont été recueillies neuf ans après le premier entretien. Résultats : 24% des patientes sont décédées des suites de leur cancer et 36% n'ont développé aucune récurrence depuis le diagnostic. Les analyses de régression multiple font apparaître qu'un âge avancé, l'expression de problèmes psychologiques antérieurs au diagnostic, une image favorable de son corps, l'envahissement des ganglions sus-claviculaires au moment du diagnostic, le sentiment de ne pas pouvoir contrôler l'évolution de la maladie et l'insatisfaction perçue du soutien social prédisent une évolution favorable de la maladie. Aucune relation n'a été mise en évidence entre les stratégies de coping, l'anxiété trait et état, le stress perçu et la survie des patientes. Conclusion : Cette étude montre que certains facteurs psychologiques prédisent la survie de ces patientes atteintes d'un premier cancer du sein, notamment le fait d'exprimer des émotions négatives (problèmes anxieux ou dépressifs) et une insatisfaction du soutien social qui semble jouer un rôle protecteur.

4. Carole Fantini (Université de Provence. Aix Marseille I. Laboratoire PSYCLE), Jean Louis Pedinielli (Université de Provence. Aix Marseille I. Laboratoire PSYCLE), Sylvie Manouvrier-Hanu (Hopital Jeanne de Flandres. CHRU. Service de génétique clinique. LILLE)

Effets de la variabilité des processus de coping et de l'annonce du statut génétique sur l'ajustement émotionnel, de sujets à risque de cancers colorectaux héréditaires

Contact : cfantini@wanadoo.fr

L'identification des gènes responsables de certains cancers héréditaires a rendu l'usage des tests génétiques plus accessibles aux familles à risques. Ces pratiques médicales interpellent à plus d'un titre quant aux implications psychopathologiques des différentes étapes inhérentes au dépistage génétique. Ces dernières, compte tenu de leur caractère de moins en moins ambiguë, sollicitent différemment les individus qui s'y soumettent, l'annonce du statut génétique levant toute incertitude, à quelques exceptions près. Nous avons donc étudié l'évolution des processus d'ajustement (Ways of Coping Checklist) et les conséquences psychopathologiques (STAI-Y, CES-D) de l'annonce du statut génétique, dans une population de sujets (N=42) participant au diagnostic génétique des cancers colorectaux héréditaires. Les analyses de variance, calculées sur des plans à mesures répétées, mettent en évidence une variabilité temporelle des différents processus de coping (centré sur le problème, centré sur l'émotion et centré sur la recherche de soutien social), allant dans le sens des conceptions transactionnelles des situations stressantes. Plus que le statut génétique, c'est l'importance du recours aux stratégies centrées sur l'émotion, tout au long du protocole, qui différencie les sujets dont l'ajustement émotionnel est défaillant.

5. Catherine Garnier (Université du Québec à Montréal)

Représentations sociales des acteurs de recherche en laboratoire de biochimie spécialisé dans le traitement du cancer

Contact : garnier.catherine@uqam.ca

Les travaux qui seront présentés ont été réalisés dans le cadre d'un vaste programme de recherche, subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et qui vise entre autres à étudier les systèmes de représentations sociales des acteurs de la chaîne des médicaments, de leur conception à leur consommation (Garnier, 2003). C'est l'étape de la conception des médicaments qui fera l'objet de la présentation. Elle concernera principalement les premiers résultats obtenus de l'analyse des données relevées du Laboratoire d'oncologie moléculaire de l'UQAM qui travaille en collaboration avec le Laboratoire de médecine moléculaire du Centre de cancérologie Charles-Bruneau de l'hôpital Sainte-Justine. Il s'agit des rares laboratoires canadiens à avoir développé une expertise en angiogenèse qui constituerait une révolution dans le développement de la médecine des 50 dernières années. Les travaux d'analyse des représentations sociales ont été effectués à partir des travaux de recherche sur deux molécules cibles, le Néovastat et la molécule issue du thé vert, la catéchine. Ces travaux visaient également à reconstituer le processus de création et de développement des savoirs liés aux médicaments anti-angiogéniques et à la nutrathérapie. Pour ce faire, des entrevues après de chercheurs, étudiants et personnels de ces laboratoires ont été menées à partir de la grille d'exploration développée par Cossette (1994) qui permet de relever les concepts qui caractérisent la structure cognitives des acteurs et d'établir les liens causaux qui s'établissent entre eux. Ces résultats ont été analysés à l'aide du logiciel «Decision Explorer» afin de reproduire la cartographie cognitive des acteurs concernant le développement du Néovastat et de la catéchine. De plus, des séances d'observation ont été réalisées à partir des modèles développés par Latour et Woolgar (1988) et Pelchat (2003). L'analyse critique de l'ensemble des données recueillies a permis de mieux comprendre les modes d'articulation des composantes du système de représentations sociales, du modèle théorique de production des savoirs biochimiques avec le mode réel de production de ces savoirs biochimiques dans le cas du Néovastat et de la catéchine.

Sessions Parallèles 4 : Vendredi 24 juin : 9h-10h30

4A. Stress et traumatismes

1. Esperanza López-Vázquez (Universidad de las Américas-Puebla), Herrera Mónica Encinas (Universidad de las Américas-Puebla)

Scolarité, locus de contrôle, stress et coping des sujets exposés au risque volcanique

Contact : esperanza.lopez@udlap.mx

L'objectif du présent travail est d'identifier si le niveau de scolarité a une influence dans les variables psychologiques telles que le niveau de stress, le locus de contrôle et les stratégies de coping utilisées par une population exposée au risque volcanique. Le volcan Popocatepetl, localisé dans la partie centrale du Mexique, a commencé une nouvelle période d'activité en 1994, et actuellement il menace des milliers de personnes habitant dans ses environs. Nous avons interviewé 156 personnes habitant près du volcan (25 km environ). Afin d'analyser les entretiens, les participants ont été divisés en quatre groupes en fonction de leur niveau de scolarité. Leur âge était entre 18 et 56 ans, et un critère de sélection était le fait de résider dans le lieu depuis au moins 5 ans. Les instruments utilisés ont été : a) L'« Echelle Toulousaine de Stress » adapté par López-Vázquez (1999) et validée par Jiménez (2002), b) Une «Echelle de Stratégies de Coping» (López-Vázquez and Marván, 2003), et c) Une «Echelle de Locus de Contrôle» (La Rosa, 1986). Les résultats montrent que les sujets ayant le plus bas niveau de scolarité ont présenté le plus haut niveau de stress, ont utilisé d'avantage de stratégies de coping passives, et ont eu un locus de contrôle plus externe. Ces résultats montrent que le niveau de scolarité représente un facteur important à tenir compte, puisque d'après ces résultats, cette variable peut influencer la perception de risque et modifier le comportement des sujets par rapport à la façon de ressentir, affronter et contrôler une situation stressante. Ceci est important pour aider plus efficacement les personnes exposées à une possible éruption volcanique.

2. Gregory Décamps (Laboratoire de psychologie appliquée "stress & société" EA3793 Université de Reims Champagne-Ardenne), Elisabeth Rosnet (Laboratoire de psychologie appliquée "stress & société" EA3793 Université de Reims Champagne-Ardenne)

Comparaison des manifestations de stress observées et déclarées au cours d'une expérience d'alitement de longue durée

Contact : greg.decamps@univ-reims.fr

De nombreuses recherches ont proposé d'étudier les réactions d'individus confrontés à des situations stressantes (Lassarre, 2002). Il convient cependant de mettre en évidence le caractère spécifique de certaines de ces situations, d'origine volontaire (Rivolier, 1989). C'est le cas des expériences d'alitement de longue durée (bed-rest), organisées par l'Agence Spatiale Européenne, pour lesquelles des volontaires sélectionnés devaient maintenir la position dite de « decubitus » (position allongée avec inclinaison de 6°) pendant une période de trois mois. Au cours de ce type d'expérience apparaissent nécessairement des manifestations somatiques, s'accompagnant également de manifestations de stress d'origine psychologique (Rosnet & al, 2003). Différentes classifications ont été proposées pour décrire la nature des manifestations apparaissant généralement au cours des situations stressantes d'origine volontaire caractérisées par l'isolement et le confinement (Gunderson, 1966 ; Cazes & al, 1989) mais leur diversité soulève la question de la méthode utilisée pour l'étude de ces manifestations (Sandal, 2001). Le but de cette recherche est de comparer non seulement la fréquence, mais également la nature des manifestations de stress apparaissant au cours de l'expérience de bed-rest grâce à l'utilisation simultanée de deux méthodes : l'auto-évaluation et l'observation. Pour cela, les 25 volontaires de l'expérience (hommes âgés de 21 à 42 ans) remplissaient à sept reprises (toutes les deux semaines) une grille listant les manifestations de stress susceptibles d'apparaître. Ces manifestations étaient classées dans trois catégories : les manifestations thymiques, relationnelles et physiques. Aux mêmes dates, deux infirmières formées aux techniques d'observation du comportement, remplissaient chacune, sans se concerter, une grille pour chacun des volontaires. Les résultats montrent d'importantes différences entre les manifestations observées par les infirmières (coefficient de fidélité inter-observateur : .97) et les manifestations déclarées par les volontaires. D'une part, le nombre de manifestations déclarées est nettement inférieur au nombre de manifestations observées. D'autre part, les manifestations déclarées sont en grande majorité de nature physique, alors que la proportion des manifestations thymiques, relationnelles et physiques est équivalente pour les manifestations observées. Plusieurs interprétations de ces différences, tenant essentiellement à un phénomène de désirabilité sociale, seront proposées afin de mettre à jour les biais inhérents à chacune des méthodes utilisées.

3. Laurent Guillet (Université de Bretagne Sud), Danièle Hermand (Université de Lille 3)

Revue critique de la mesure du stress

Contact : laurent.guillet@univ-ubs.fr

L'objectif de cette revue de littérature est de fournir des informations à propos des instruments disponibles pour faciliter les procédures d'investigation sur l'évaluation du stress. Au travers de l'évolution du concept de stress, il s'agit de déterminer comment les apports de la recherche et des modélisations du stress ont permis de passer d'une mesure indirecte à une mesure directe du stress perçu. Il s'agit d'examiner les différentes méthodes d'évaluation du stress et de considérer les problèmes sous-jacents aux différentes techniques. Une analyse critique des questionnaires de stress des événements de vie majeurs, puis des questionnaires des événements de vie mineurs et celle des questionnaires de stress perçu permet de comprendre le passage d'une évaluation basée sur les événements à celle basée sur les composantes psychologiques au regard des événements, puis à celle portant sur la compréhension des processus cognitifs lors d'une évaluation de l'intensité de stress perçu. Le stress a d'abord été considéré comme un stimulus qui entraîne une manifestation due au stress. Notamment, Cannon (1932) et Meyer (1930) considèrent que les événements stressants entraînent des réactions physiologiques de protection pouvant provoquer des désordres psychologiques. Cette conception évolue avec les travaux de Lazarus (1980). Le stress n'est plus considéré comme un stimulus mais comme le résultat de l'action lié à la survenue du stimulus en tenant compte des composantes individuelles, situationnelles et sociales. Le développement d'un modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984) place le stress au sein d'une transaction particulière entre l'individu et son environnement. Cette approche implique des évaluations successives qui prennent en considération la vulnérabilité, les ressources individuelles et sociales pour déterminer les capacités de faire face à la situation aversive. Le recours à la théorie fonctionnelle de la cognition (Anderson, 1981, 1982, 1991, 2001) permet de comprendre les processus cognitifs en jeu lors de l'évaluation primaire et secondaire dans une situation de stress mettant en correspondance des facteurs personnels, sociaux et environnementaux. Compte tenu de ces évolutions conceptuelles, l'évaluation du stress s'inscrit d'abord dans une perspective physiologique au travers de la relation événement / maladies (Selye, 1956). Il s'agit alors d'une méthode de mesure indirect du stress (Holmes et Rahe, 1967). C'est par l'étude des événements majeurs que la mesure du stress est déterminée. Par opposition à la mesure du stress des événements de vie majeurs, les travaux de Lazarus orientent la mesure du stress comme résultante de variables perceptuelles, cognitives et personnelles (Dérogatis, 1980 ; Lazarus et al, 1981). Ceci permet de passer d'une évaluation de l'événement à des techniques de mesure des dimensions subjectives de l'événement perçu comme stressant (Cohen, Karmarck et Mermestein, 1983). Le paradigme de la mesure fonctionnelle a été utilisé comme cadre de référence pour modéliser le fonctionnement cognitif face à des contraintes environnementales et sociales (Guillet, Hermand, Mullet, 2002 ; Fouquereau, Fernandez, Mullet et Sorum, 2001). Cette méthode permet de déterminer les processus modérateurs en jeux lors de l'évaluation du stress perçu.

4. Aure Veyssière (Université Paris 8 - Saint - Denis)

Après la déportation : coping et réinsertion d'anciens résistants français

Contact : olietaur@club-internet.fr

La déportation marque une rupture nette dans la vie de l'individu ; elle menace non seulement son intégrité physique mais également son intégrité psychique et son appartenance sociale. La déportation scelle ainsi la dislocation de l'état de santé du concentrationnaire. Ses défenses précédentes deviennent alors inopérantes, voire néfastes et doit se mettre en place un nouveau répertoire de ressources assurant la survie (Bettelheim, 1943/1979). Après des mois ou des années de détention, la destruction du système concentrationnaire libère les prisonniers. Les déportés, une fois de retour en France, sont-ils parvenus à se restaurer tant physiquement que psychologiquement et socialement et, si oui, comment ? Nulle recherche ne s'est jusqu'à présent penchée sur les stratégies de coping mises en place par les déportés français à leur retour et pendant leur réinsertion. Cette communication présentera les résultats d'une recherche clinique que nous avons menée grâce à des entretiens semi-directifs auprès de 28 anciens déportés français, 14 femmes et 14 hommes, pour fait de Résistance. Une analyse de contenu, basée sur les stratégies de coping dégagées par Suedfeld, Krell, Wiebe & Steel (1997), révèle que nos participants mentionnent, pour cette période, près de trois fois plus de recours aux stratégies de coping centrées sur le problème que de recours aux stratégies de coping centrées sur l'émotion. La stratégie qui prévaut est la recherche du soutien social, qu'elle soit centrée sur le problème ou sur l'émotion. Leur répertoire de stratégies de coping centrées sur le problème se révèle aussi vaste que celui de stratégies centrées sur l'émotion. Après avoir développé ces principaux résultats, nous proposerons également une investigation de l'effet de la variable « Sexe ». L'expérience des survivants s'avère riche d'enseignements transposables à d'autres populations écartées d'une vie ordinaire par un événement potentiellement traumatique, comme une maladie à risque létal ou

de longue durée. Bettelheim, B. (1943/1979). Comportement individuel et comportement de masse dans les situations extrêmes. In B. Bettelheim Survivre. Paris: Éditions Robert Laffont. Suedfeld, P., Krell, R., Wiebe, R. E. & Steel, G. D. (1997). Coping Strategies in the Narratives of Holocaust Survivors. *Anxiety, Stress and Coping*, 10 : 153-179.

5. Pierre Tap (CEICI – Fundação Bissaya-Barreto), Rui Duarte Santos (CEICI – Fundação Bissaya-Barreto), Marta Fonseca (CEICI – Fundação Bissaya-Barreto), Maria de Lourdes de Vasconcelos (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto)

Les changements de références axiologiques des personnes en situation précaire dans la Région Centre (Coimbra, Portugal)

Contact : ceici@isbb.pt

Quelques recherches, françaises et portugaises (Nunes et al., 1998 ; Vinay et al. 2000 ; Nunes, 2001 ; Nunes et al. 2002) ont permis de mieux comprendre l'importance des valeurs pour les personnes confrontées à l'adversité. Selon la nature et la durée de la situation de précarité, par exemple, des changements axiologiques se produisent chez la personne qui vit cette situation. Ces changements sont associés à des mécanismes de compensation, au rétablissement (ou à la réduction) de la confiance en soi, à la nécessité de maîtriser les effets de contexte, à l'accès à un nouvel état psychologique, au fait de vivre de nouveaux sentiments, plus ou moins défensifs. Dans ce contexte, nous voudrions présenter une recherche sur l'importance des valeurs dans l'élaboration des représentations de la réalité sociale par les personnes vivant en situation précaire, et dans la façon dont ces personnes orientent leurs actions : A partir d'une liste de 211 valeurs, nous en avons sélectionné 20 correspondant à six groupes de valeurs : traditionnelles, universelles, socio-affectives, pragmatiques, professionnelles et sociales, groupes mis en évidence dans une recherche précédente (Tap & Vasconcelos, 2004). Les participants à la recherche (448 sujets) devaient donner une note de 20 à 1 aux 20 valeurs proposées. Nous proposerons quelques résultats majeurs liés au statut socio-économique (précaires, non précaires) et au sexe, en rapport avec les variations selon l'âge (10 groupes d'âges entre 18 et 85 ans).

4B : Symposium Actualité des recherches qualitatives en psychologie de la santé : Travaux empiriques organisé par Marie Santiago Delefosse

1. Marie Santiago Delefosse, (Université de Lausanne, Centre de Recherche en Psychologie de la Santé (CerPsa), Équipe de recherche « Psychologie Qualitative de la santé et de l'activité », UNIL, Lausanne, Suisse)

État des travaux anglo-saxons, De la psychologie qualitative de la santé à la psychologie critique de la santé

Contact : marie.santiago@unil.ch

Le modèle classique et dominant en psychologie de la santé, bio-psycho-social, affirme s'intéresser aux articulations et/ou transactions entre ces trois niveaux, tout en proposant des travaux de recherche et/ou empiriques qui maintiennent ces trois niveaux dissociés (ou, au mieux, en proposant des reconstructions après coup des variables qui ont été dissociées). Depuis maintenant plus de vingt ans de nombreuses critiques ont fait l'objet de publications, estimant que, malgré l'intérêt de ce modèle classique, il se fonde sur un paradigme qui :

- ignore la place de l'histoire tant dans l'organisation des institutions que dans la vie des sujets et, de ce fait, accorde une place tout à fait annexe au sens vécu et unique de chaque sujet
- considère le « social » comme une simple variable que l'on peut ajouter ou retrancher selon les besoins de l'étude
- néglige la place du corps et de l'activité comme celle de leurs fonctions autres que physiologiques (ou au mieux, cognitives)
- considère les émotions comme des mécanismes d'ajustement de moindre valeur que les raisonnements logiques, et comme si leur fonction communicative, contextuelle et fonctionnelle n'avait aucune importance dans l'unité corporo-socio-psychologique des sujets
- ne porte aucune attention à la place des chercheurs et à leurs présupposés sociaux, politiques et genrés dans leurs interventions de recherche
- méconnaît la forte contextualité (historique, sociale, de classe, de genre) dans la constitution des institutions et les rapports de pouvoirs qui y sont inhérents.

Nous présenterons ici une synthèse de ces travaux anglo-saxons qui ont débuté par une critique méthodologique se démarquant du « tout » quantitatif et de ses impasses, pour arriver à un exposé des travaux plus récents du courant de psychologie de la santé dit « critical » qui propose une réflexion théorique, sociale et politique dépassant le seul débat méthodologique.

Ces travaux, loin d'être unitaires, indiquent une richesse de la réflexion en cours, mais ils présentent également un certain nombre de limites que l'exposé n'ignorera pas. Nous concluons sur la nécessité de modèles réellement intégratifs, s'ancrant dans une épistémologie forte, situés dans des courants théoriques psychologiques clairement définis, et opérationnalisés par une méthodologie en accord avec leur objet de recherche. Seule cette triple exigence est à même de nous sortir des débats de confrontations stériles entre méthodes.

Les exposés de travaux empiriques qui suivront cette présentation viendront argumenter de manière concrète le propos, chacun avec leur singularité et leur propre sensibilité théorico-méthodologique. Ils illustrent le développement croissant d'une Psychologie qualitative de la santé de langue française.

2. Chantal Piot-Ziegler, N. Ruffiner-Boner, F. Fasseur, E. Castelao, M. Demierre, M-L. Sassi, J-D. Aubert M. Pascual (Équipe IRIS, Santé et Société, Psychologie de la santé, et Équipe de recherche « Psychologie Qualitative de la santé et de l'activité », UNIL, Lausanne, Suisse,; Centre de Transplantation d'Organes, CHUV, Lausanne, Suisse)

Étude qualitative des aspects psychologiques chez des patients en attentes de greffe (cœur, foie, poumon, rein)

Contact : Chantal.Piot-Ziegler@unil.ch

Peu d'études qualitatives longitudinales se sont penchées sur la période précédant la transplantation (Tx). Ces résultats rendent compte du vécu de 55 patients en attente de greffe d'organe (rein, n = 28 ; foie, n = 9 ; cœur, n = 10 ; poumon, n = 8 ; age, m = 52, σ = 8.9) après leur mise en liste d'attente.

Des entretiens semi-structurés ont été réalisés au domicile des patients ou dans un lieu de leur choix. Les entretiens ont été enregistrés, puis intégralement retranscrits. Une analyse qualitative thématique centrée sur leurs préoccupations existentielles a été réalisée.

La Tx est décrite comme une possible renaissance et une accession à une meilleure qualité de vie. Dès l'évaluation pré-greffe, les patients endossent le rôle de *bon patient* et se décrivent comme ayant des prédispositions mentales positives, gérant les pensées négatives et ayant la volonté de se maintenir en bonne forme physique.

Ils rapportent un sentiment de décalage et d'incompréhension de la part de leurs proches face à leur état psychologique et physique fluctuant. Leurs sentiments négatifs, leurs doutes sont difficiles à partager (avec la famille, les professionnels), comme leurs questionnements existentiels face au donneur et face à la Tx. Dans l'attente de la greffe, le rapport au temps se modifie et l'objet (payer ou portable) qui annoncera la Tx s'immisce dans leur intimité. Certains patients recourent à des approches spirituelles ou magiques pour calmer leur angoisse. Des différences importantes selon l'organe à greffer sont observées dans les thématiques suivantes : la situation de *non-choix* face à la Tx, le sentiment de *stigmatisation* et le rapport à la *normalité*.

Des entretiens supplémentaires ont spontanément été sollicités par 22% des patients et tous ont accepté un contact six mois plus tard au cas où ils ne seraient pas encore transplantés.

Ces résultats soulignent l'importance d'un accompagnement psychologique adapté à chaque type de greffe durant la période précédant la Tx. L'espace non évaluatif offert par cette recherche, a permis aux patients d'exprimer librement leurs préoccupations et leurs émotions négatives. L'étude se poursuit actuellement avec des entretiens 6 mois et un an après la Tx.

3. Marie Lou Costantini, A. Lancelot, Cyril Tarquinio et Jean Baptiste Lanfranchi (Laboratoire de Psychologie de la santé, Université de Metz.)

L'Échelle des Mécanismes de Défense des Soignants (EMDS) : un outil adapté à l'analyse de la pratique soignante.

Contact : ml.costantini@wanadoo.fr

La relation soignant-soigné a, depuis ces dernières années, suscité de nombreuses publications qui insistent sur la dimension de souffrance récurrente rencontrée par la profession des soignants quel que soit le contexte dans lequel elle s'exerce (Morasz, L ; 1999, 2002 ; Canouï, P., 1999...). Actuellement, les recherches l'abordent à partir des concepts de « burn-out », de « charge mentale », « d'usure mentale » et d' « usure professionnelle ».

Pour notre part, nous envisageons la relation soignant-soigné, dans une perspective clinique qualitative de la santé, sous l'angle des mécanismes de défense.

Dans une étude précédente (2002), nous avons élaboré une échelle des mécanismes de défense (EMDS, en cours de validation) à partir de l'analyse de cinquante entretiens non directifs centrés sur le vécu de la relation des soignants avec les soignés. Cette échelle comporte vingt-six items recensant treize mécanismes de défense (l'activisme, l'affiliation, l'annulation rétro-active, l'anticipation, la (dé)négation, la formation réactionnelle, l'humour, l'identification aux collègues, l'identification aux « usagers », l'identification projective, l'introjection, la mise à l'écart et la rationalisation).

Nous pouvons utiliser cette échelle dans une perspective aussi bien quantitative que qualitative. L'EMDS a donc été proposée à dix soignants exerçant en milieu psychiatrique (CMP, Hôpital de jour pour personnes âgées, service d'urgences psychiatriques) en vue d'une analyse qualitative de leur pratique. Après avoir soumis l'échelle aux soignants afin de repérer leurs mécanismes de défense nous leur avons demandé de préciser leurs réponses en se référant à leur vécu professionnel.

Nous montrerons ainsi la polyvalence de l'outil : sa fonction de diagnostic, d'inducteur verbal et d'aide à l'élaboration de la pratique.

Ces trois dimensions :

- identification des mécanismes de défense,
- expression d'une situation vécue,
- transformation de l'expérience professionnelle.

seront illustrées par la parole des soignants à partir des thèmes récurrents exprimant leur souffrance : la peur de l'autre, l'impuissance face à la détresse du patient, la confrontation à la mort.

La finalité de ces études est de proposer au psychologue, s'engageant dans un travail de soutien auprès des équipes soignantes, un outil qui permet d'aborder l'analyse de leur souffrance et l'élaboration de leur pratique.

La théorie de Bion (1982, 1983, 1992) et plus spécifiquement ses concepts d'éléments bêtas, d'éléments alphas, d'appareil à penser les pensées, de contenant, de capacité de rêverie et de transformation nous guide dans l'articulation pratico-théorique de ce travail.

4. Anne Paillé (Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris,)

Activité et émotion dans le travail infirmier

Contact : anne.paillé@free.fr

Les émotions sont communément considérées comme des incidents qui obscurcissent la raison et menacent l'activité en cours. Cette perception est particulièrement prégnante dans l'activité de soin où le contrôle des émotions reste une exigence professionnelle (Lewis, 2004). Or, la neurophysiologie démontre la nécessaire

intrication entre émotion et action. L'analyse de l'activité les réconcilie également dans une relation de consubstantialité (Barbier & Galatanu, 1998). Toutefois, que ce soit les catégories d'activité de Barbier (2000) (opératoire, représentationnelle et communicationnelle) ou la définition de l'émotion de Santiago-Delefosse (2004) comme instrument psychologique, les modèles présents restent spéculatifs. En les articulant, cette étude en éprouve certaines perspectives.

Les données qualitatives collectées par observation et entretiens d'explicitation dans un service de dermatologie d'un hôpital de province montrent premièrement que la construction de la situation de soin s'accompagne de modes de traitement émotionnel qui s'ajustent au modèle de Barbier : traitement des émotions en acte, en pensée et en discours. Elles indiquent ensuite que ces modes de traitement sont intégrés à l'expérience du soignant en tant que ressource pour l'action à venir. Cette perspective permet de comprendre l'émotion, avec Santiago-Delefosse, non plus comme risque pour l'activité mais comme *organon* de la construction de la situation de soin.

5. Alain Giami, Charlotte LeVan et Sharman Levinson (INSERM U569, Équipe Sexualité, Société, Individu,) Représentations de la sexualité chez les médecins généralistes

Contact : giami@vjf.inserm.fr

Depuis le XIX^e siècle, la place de la sexualité dans la médecine apparaît problématique. D'un côté le concept même de sexualité est considéré comme un concept médical et scientifique, de l'autre, la prise en charge de la sexualité par la médecine s'inscrit dans un processus de médicalisation et d'appropriation médicale de problèmes spécifiques. On connaît mal les représentations, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes par rapport à la sexualité. On a tenté d'appliquer les concepts socio-historiques de médicalisation et d'appropriation médicale à l'analyse des processus psycho-sociaux de construction des représentations de la sexualité par les médecins généralistes.

Cette communication est fondée sur une enquête de terrain réalisée entre 2002 et 2004. 35 médecins généralistes (MG) exerçant dans les régions Ile de France, Pays de la Loire, Normandie ont été interviewés. Ces entretiens ont été analysés à l'aide d'une approche classique d'analyse de contenu thématique et discutés par les trois membres de l'équipe.

Une analyse préliminaire de ce matériel fait apparaître que les MG sont placés face à la nécessité d'une appropriation de la sexualité et d'une adaptation de ce concept dans le registre de la pensée et de la pratique médicale. Ce processus d'appropriation médicale est fondé principalement sur la fragmentation de l'objet sexualité en de multiples dimensions correspondant aux grandes spécialités médicales (gynécologie, vénérologie, urologie, sexologie, psychiatrie, médecine légale). Cette démarche permet ainsi aux médecins de répondre aux demandes éventuelles de leur clientèle (contraception, avortement, abus sexuels, troubles sexuels, infections, etc...). A l'opposé, la sexualité est considérée comme un risque d'érotisation de la relation médecin/patient contre lequel les médecins se protègent en mettant en œuvre des réponses pratiques qui ont une fonction défensive pour eux-mêmes. La fragmentation de la sexualité et les protections contre les risques associés à l'érotisation de la relation médecin/patient constituent les deux aspects indissociables de l'appropriation médicale de la sexualité. Par ailleurs, ces processus sont fortement influencés par la dimension du genre (sexe du médecin / sexe du patient). Les analyses de ce matériel mettent ainsi en évidence l'influence des facteurs médicaux et non-médicaux dont la construction des réponses médicales aux questions relatives à la sexualité.

4C : Confrontations aux enjeux de santé dans les organisations

1. Lucie Côté (Université du Québec en Outaouais), Josée Lavoie (Université du Québec en Outaouais), Nathalie Benoit (Université du Québec en Outaouais)

Les problèmes de santé mentale au travail dans les institutions financières canadiennes: évolution des facteurs, stratégies et pratiques depuis 10 ans

Contact : lucie.cote@uqo.ca

L'étude visait à comparer l'expérience d'employés de deux institutions financières ayant subi un arrêt de travail pour problèmes de santé mentale lié au travail (épuisement professionnel, dépression, trouble d'adaptation ou d'anxiété) au cours des années 1990 et 2000. Elle visait une meilleure compréhension des facteurs contribuant à l'invalidité ainsi que des stratégies individuelles de guérison et des pratiques organisationnelles de réinsertion professionnelle. Des entrevues ont été enregistrées, retranscrites et analysées selon le modèle de la théorie ancrée développé par Glaser et Strauss. Dans la première institution, 36 entrevues ont été réalisées auprès de 26 employés ayant souffert de problèmes de santé mentale dans les années 1990, 8 collègues de travail, un gestionnaire et un représentant des ressources humaines. Dans la deuxième institution, 28 entrevues ont été menées auprès de 21 employés ayant vécu une période d'invalidité dans les années 2000, 5 gestionnaires, un représentant de la compagnie d'assurances et un représentant des ressources humaines. Suite à l'analyse des résultats, certains facteurs ont été identifiés par les deux groupes, notamment la surcharge de travail et la relation difficile avec le supérieur immédiat. Par contre, le groupe ayant vécu des problèmes de santé mentale dans les années 1990 attribue ces problèmes aux changements technologiques et à la reconfiguration du travail (nouvelles exigences requises par l'employeur afin d'acquérir ou de maintenir leurs connaissances et compétences à jour comme condition pour conserver leur emploi). Le groupe ayant vécu ces problèmes dans les années 2000 attribue plutôt ces problèmes aux objectifs individuels fixés par l'organisation trop élevés et à la culture de performance véhiculée par les gestionnaires. L'analyse suggère une similitude dans les stratégies individuelles de guérison. Par contre, elle indique une évolution des perceptions et des pratiques organisationnelles : une amélioration en matière de mécanismes de réinsertion en emploi, un accroissement de la formation offerte aux gestionnaires en gestion de personnel et une meilleure connaissance et acceptation des employés relativement aux problèmes de santé mentale au travail. En conclusion, la recherche souligne l'importance de mieux cerner l'efficacité des pratiques organisationnelles pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire des problèmes de santé mentale au travail.

2. Lucie Côté (Université du Québec en Outaouais), Josée Lavoie (Université du Québec en Outaouais)

Les pratiques de réinsertion professionnelle suite à une invalidité pour problème de santé mentale lié au travail: le cas d'une entreprise financière canadienne

Contact : lucie.cote@uqo.ca

Les pratiques de réinsertion professionnelle suite à une invalidité pour problème de santé mentale lié au travail : le cas d'une entreprise financière canadienne. Le but visé par la recherche était l'étude, dans une entreprise financière canadienne, des pratiques de gestion pour faciliter la réinsertion professionnelle à la suite d'une invalidité en raison d'un problème de santé mentale lié au travail (épuisement professionnel, dépression, troubles de l'anxiété et de l'adaptation). 28 entrevues ont été menées, en français, auprès de 21 employés ayant vécu une période d'invalidité, 5 gestionnaires, un représentant des ressources humaines et un représentant de l'administrateur du régime d'invalidité afin de décrire les pratiques ainsi que leur pertinence et leur efficacité telles que perçues par les différents acteurs. Les entrevues ont été enregistrées, transcrites et codées grâce au logiciel N'Vivo et analysées à partir du modèle de la théorie ancrée développé par Glaser et Strauss. L'analyse des résultats a permis d'identifier et de décrire les pratiques organisationnelles suivantes: le retour progressif en temps et en charge de travail, la référence au Programme d'aide aux employés, les contacts et les suivis réguliers entre gestionnaires et employés, et la gestion administrative du dossier de l'employé par le gestionnaire, les ressources humaines, l'administrateur du régime d'invalidité et les professionnels de la santé. Les principales stratégies individuelles des employés comprennent la prise en charge de leur santé psychologique et physique par des professionnels de la santé, un réajustement de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle, et dans certains cas, la rétrogradation ou le changement d'emploi. La perception des acteurs relativement à la pertinence et à l'efficacité des pratiques a permis de dénoter une sous-utilisation du Programme d'aide aux employés, un financement de l'aide psychologique jugé insuffisant, une perception négative du rôle de l'assureur et une méconnaissance des rôles et des responsabilités de chacun. En conclusion, l'étude souligne l'importance de clarifier les rôles et d'améliorer la communication des pratiques et des ressources d'aide disponibles.

3. Anne Marie Etienne (Université de Liège), Isabelle Willems (Université de Liège)

Optimisme et adaptation à un infarctus du myocarde : quelles relations?

Contact : AM.Etienne@ulg.ac.be

Introduction : L'optimisme dispositionnel est défini comme un style cognitif global, une véritable tendance généralisée à anticiper une issue favorable aux événements et à avoir une vision positive de soi et du monde. Les sujets optimistes utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur le problème que les sujets pessimistes. C'est pourquoi, il est intéressant de l'étudier dans les maladies cardiovasculaires où il jouerait notamment un rôle protecteur qui permet de rester en bonne santé. Méthodologie : Le groupe clinique est constitué de 21 sujets âgés de 30 à 75 ans venant de vivre un infarctus du myocarde inaugural et n'ayant pas subi de pontage. Un groupe contrôle lui a été apparié (sexe, âge et niveau d'études). Le groupe clinique a été recruté 3 à 7 jours après son infarctus et a été revu 6 semaines plus tard. Outils d'évaluation principaux : le « Revised Life Orientation Test » (LOT – R) et « l'évitement du danger de l'Inventaire Révisé des Tempéraments et des Caractères » (TCI – R). Hypothèses : (1) l'optimisme dispositionnel est-il susceptible d'être influencé par un infarctus du myocarde ? (2) Existe-t-il une différence en ce qui concerne le niveau d'optimisme entre un groupe de sujets venant de vivre un infarctus du myocarde et un groupe contrôle ? Résultats : il n'y a pas de différence significative entre les deux moments d'évaluation pour le groupe clinique. En ce qui concerne la comparaison entre le groupe clinique et le groupe contrôle, le niveau d'optimisme est moins élevé dans le groupe clinique que dans le groupe contrôle ($F(1,37) = 7$; $p < .05$). Il en va de même pour les résultats au TCI-R. Conclusions : l'infarctus du myocarde ne semblerait pas influencer l'optimisme dispositionnel de départ et bien que le groupe clinique soit moins optimiste que le groupe contrôle, les scores obtenus indiquent que les deux groupes sont toutefois dans le registre de l'optimisme.

4. Jean Claude Manderscheid (Université de Franche-Comté), Laurence Lapointe (Conseil Général du Territoire de Belfort), Pierre Chauvin (INSERM U707 Paris), Béatrice Dupuis (Conseil Général du Territoire de Belfort)

Santé et précarité, le vécu des usagers des PAS

Contact : jean-claude.manderscheid@iut-pm.univ-fcomte.fr

Depuis un an, des usagers des Points Accueil Solidarité (PAS) du Territoire de Belfort sont tirés au sort et interrogés par téléphone. Il s'agit d'une enquête permanente (baromètre) qui entre dans le cadre des activités de l'Observatoire Départemental de la Santé des Populations Précaires. Si quelques questions de l'entretien portent sur des éléments objectifs, la majorité d'entre elles explore la perception qu'ont ces personnes, d'elles-mêmes, de la situation qu'ils vivent, de leur avenir, etc. En effet, les tendances actuelles de la recherche en ce domaine ont mis en évidence que les caractéristiques subjectives, comme les attitudes des usagers, sont au moins autant déterminantes que les éléments objectifs de l'état de santé et de précarité pour prévoir leur capacité à surmonter les difficultés. Les résultats montrent tout d'abord la surreprésentation des femmes (70 %), ce qui, malgré le contexte de précarité, confirme le rapport qu'entretiennent les femmes au corps et à la santé. Mais la précarité semble en contre partie renforcer le détachement des hommes par rapport à la santé. Ils sont moins nombreux à fréquenter les PAS, mais, même quand ils ne sont pas tirés au sort, ils acceptent mal que leur conjointe soit interrogée sur le thème de la santé. La conjonction de plusieurs éléments est aussi assez remarquable : bien que les signes cliniques de dépression soient assez présents (40 à 60 %) avec un "locus of control" le plus souvent externe, les usagers ont majoritairement une assez bonne estime d'eux-mêmes (60 à 85 %). Une analyse des correspondances multiples, associant aux facteurs déjà évoqués, les mots produits par une question ouverte sur la représentation de la santé (analyse statistique de données textuelles), montre que ces différents aspects psychosociaux de l'individu ne sont pas indépendants. L'estime de soi apparaît donc comme un des leviers possibles à mettre en œuvre dans les actions d'accompagnement de ces personnes.

5. Emilie Fabrizi (Université Paul Verlaine Metz), Noura Mohammadi (Université Paul Verlaine Metz), Pierre Moulin (Université Paul Verlaine Metz, Laboratoire ETIC)

« Désolé, vous n'avez le droit à rien ! » ou les discriminations dans le champ de la santé en Moselle.

Contact : moulin@sha.univ-metz.fr

Objectifs : Subventionnée par le FASILD dans le cadre de l'intégration et la lutte contre les discriminations en Moselle, cette recherche-action pluridisciplinaire (psychologie sociale, sociologie) vise à la fois à (1) identifier les inégalités ethniques pouvant exister dans divers champs sociaux (emploi, logement, culture et santé) et (2) mettre en place des réseaux locaux d'entraide pour les personnes qui en seraient victimes. Nous ne présenterons ici que

les données relatives au volet « santé ». Etat des lieux : Domaine de recherche émergent, les discriminations ethniques dans le champ de la santé n'ont fait l'objet que de rares investigations très récentes en sciences humaines (Fassin, 1998, 2000, 2002). En effet, toute différence repérée dans l'accès aux soins et le traitement apparaît d'emblée frappée d'illégitimité car la santé est pensée comme un droit universel auquel nul ne peut faire obstacle, ce qui rend difficile le repérage d'actes discriminatoires dans ce secteur. Méthodologie : Cette recherche a été menée sur la base d'une vingtaine d'entretiens exploratoires réalisés auprès de professionnels de santé, du travail social et d'administratifs mosellans. Ce qui a donné lieu ensuite à des analyses de contenu thématique et lexicométrique (logiciel Alceste). Résultats : Se manifestant de manière insidieuse, des inégalités de traitement touchant spécifiquement les immigrés en Moselle sont signalées (refus de soins, retard aux soins, abaissement des normes de prise en charge, modalités culturellement spécifiques d'interprétation, expression ordinaire de sentiments racistes/xénophobes), en étant attribuées à certains acteurs du champ sanitaire (médecins généralistes/spécialistes, dentistes, pharmaciens, soignants) le plus souvent lors de consultations en cabinet privé ou à l'hôpital (urgences). Aussi, afin de lutter contre de tels agissements, des mécanismes compensatoires sont mis en oeuvre par quelques militants associatifs/humanitaires tels que l'ouverture de consultations nocturnes, le repérage et l'information des nouveaux arrivants, la mise en place de réseaux informels de professionnels de santé et de réseaux communautaires d'entraide. Perspectives : Les discriminations ethniques dans le champ sanitaire redoublent le plus souvent les inégalités sociales déjà existantes. En tant que pratiques illicites, elles nécessitent des explorations qualitatives de terrain affinées (observations, entretiens, planches inductrices) pour pouvoir être précisément repérées et combattues.

1. Wioletta De Charry (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Silla M Consoli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Jean-Marc Chevallier (Service de Chirurgie Digestive. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Hélène Campelli (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5), Sarah Bydlowski (Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5)

Niveau de conscience émotionnelle, alexithymie et anxiété sociale chez les patients souffrant d'obésité morbide, candidats à la gastroplastie

Contact : decharry@club-internet.fr

Objectif : Décrire les caractéristiques émotionnelles des patients souffrant d'obésité morbide, candidats à la gastroplastie, en les comparant à des données disponibles en population générale. METHODE : 99 candidats à la gastroplastie ont été évalués lors d'un entretien semi-structuré complété de divers auto-questionnaires : TAS 20 (alexithymie), LEAS (niveau de conscience émotionnelle), BDI-13 (humeur dépressive), SIB (anxiété sociale). RESULTATS : Contrairement aux attentes, les prévalences d'une humeur dépressive (16%) et de l'alexithymie (25%) sont modérées. Le LEAS moyen est inférieur aux données existantes en population générale. Le score « autre » ou capacité à se représenter les émotions d'autrui, semble le plus perturbé. L'alexithymie est corrélée à la dépression alors que ce n'est pas le cas du niveau de conscience émotionnelle. Les scores d'anxiété sociale sont très élevés : la gêne est plus importante dans notre groupe par rapport à la population générale et plus élevée que dans une population de phobiques sociaux. Malgré cela, les scores d'assertivité sont comparables à ceux disponibles en population générale. Alors qu'il est classique que les sujets phobiques soient à la fois plus gênés et moins assertifs que les sujets témoins, les obèses sont à la fois gênés dans leurs interactions sociales mais gardent leurs performances (relation positive : $r=0,42$; $p<0,001$). Par ailleurs, le niveau d'anxiété sociale chez nos obèses est corrélé positivement et significativement avec le niveau de conscience émotionnelle ($r=0,276$; $p<0,009$). CONCLUSION : La population étudiée semble différer à plusieurs titres de la population générale. La forte anxiété sociale ressentie par les personnes obèses ne dépend pas de l'IMC, donc de l'obésité, mais du niveau de la conscience émotionnelle. Les candidats manifestant une bonne conscience émotionnelle sont plus sensibles dans des relations interpersonnelles. L'anxiété sociale semble ainsi consécutive au vécu de stigmatisation, du fait de l'obésité, plutôt que source d'un trouble du comportement alimentaire conduisant à la prise de poids. Les résultats indiquent également que le niveau de conscience émotionnelle peut être altéré en cas d'obésité morbide. Cette altération peut aussi protéger contre la souffrance liée au regard social qui pèse sur les sujets obèses.

2. Luc Guerreschi (Université Bordeaux 2, Université du Québec à Montréal), Catherine Garnier (GEIRSO, Université du Québec à Montréal), André Menaut (EA 498, Université Bordeaux 2)

Sport et santé : étude des défaillances du corps sportif

Contact : luc.guerreschi@neuf.fr

Le sport de haut niveau est le lieu d'une pratique intense, nuisible à la santé corporelle. La blessure sportive, en particulier, est une des manifestations les plus courantes des défaillances du corps sportif. De nombreuses études se sont intéressées aux facteurs psychologiques de causalité des blessures (Sanderson, 1978), aux facteurs environnementaux (May, 1985, Coddington, Troxell, 1980, Bramwell, Masuda, Wagner, Holmes, 1975), aux relations entre blessure et performance (Brewer, 1999, Weinberg, Gould, 1997, Petitpas, Danish, 1995, Andersen, Williams, 1988), mais jamais à sa structure dynamique. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés au vécu sportif des défaillances du corps. La théorie des représentations sociales, développée par Moscovici (1961), les travaux de Doise (1992) sur les principes organisateurs et de Jodelet (1982, 1976) sur les représentations sociales du corps, ont servi de cadre théorique et méthodologique à notre travail. 70 athlètes de haut niveau, hommes et femmes, membres des équipes nationales française et canadienne dans différentes disciplines individuelles et collectives ont ainsi été interrogés à partir d'entretiens semi-directifs. L'analyse de ces entretiens s'est déroulée en trois étapes successives correspondant à trois niveaux d'analyse du vécu des athlètes. Un premier niveau, de type descriptif, a révélé deux catégories de causes attribuées aux blessures, des causes internes et des causes externes, ainsi que trois niveaux de conséquences, conséquences physiques, pratiques et psychologiques. Un deuxième niveau, de type interprétatif, a permis de faire émerger la dynamique paradoxale et ambivalente du rapport à la blessure sportive. Dynamique structurée par trois principes organisateurs : le principe du vertige du hors-limite, le principe de la prise de conscience morbide du corps et le principe de la corporité paradoxale et ambivalente. Enfin, un troisième niveau d'analyse, de type comparatif, a mis en évidence d'importantes différences sexuelles et culturelles entre les athlètes, caractérisant les populations. Les défaillances du corps sportif semblent s'organiser autour de deux notions centrales dans le vécu sportif : la notion de hors-limite et celle de plaisir-

souffrance. Ces notions permettent à la fois d'expliquer les éléments qui animent le mouvement sportif et ceux susceptibles de l'entraver.

3. Julie Collange (Université Paris 5 - Laboratoire de Psychologie Sociale), Sophie Berjot (Laboratoire de Psychologie Appliquée Université de Reims - Champagne Ardennes)

Image du corps et santé : Influence de la modifiabilité et de l'évaluation cognitive (trait) des stressseurs

Contact : julie_collange@yahoo.fr

L'idéal de minceur renvoyé par les médias représente une source de stress pour les femmes et par conséquent, diminue la satisfaction du corps (Stice & Shaw, 1994). De plus, certains facteurs de personnalité influencent la perception du corps et les comportements alimentaires. Dans ce cadre, nous nous intéressons à l'influence de deux facteurs sur le bien-être et la pratique des régimes. Le premier est la croyance dans la modifiabilité du corps. Ce concept réfère à la croyance que peuvent avoir les individus de la plus ou moins grande malléabilité du soi et de ses composantes (Dweck, 1995). De nombreuses études ont montré que la modifiabilité influence la façon dont on perçoit son environnement, mais surtout la façon dont on y répond, notamment lors d'événements potentiellement stressants (Dweck, 2000). Le deuxième facteur est l'évaluation cognitive des événements en terme de menace ou de défi, influençant le choix des stratégies de faire-face. Notre hypothèse est que la perception du corps (en terme de positivité et de modifiabilité) ainsi que l'évaluation cognitive influencent le bien-être et la pratique des régimes. 100 participantes ont répondues à un questionnaire, comprenant une échelle de modifiabilité (Dweck, 2000), adaptée au corps ; une échelle d'évaluation cognitive « trait » (Brewer & Skinner, 2000), adaptée au corps ; une mesure de bien-être (Bradley, 1994) ; les sous-échelles « estime de soi corps » et « estime de soi apparence physique » de l'échelle de « sentiments d'inadéquation » (Fleming & Courtney, 1984) et une série de questions sur les comportements de régime alimentaire. Dans un premier temps, nous avons procédé à une série d'analyses de régression afin répliquer les résultats obtenus précédemment et mettant en évidence 1) le rôle de la modifiabilité comme médiateur de la relation entre estime de soi et évaluation cognitive, et 2) celui de l'évaluation cognitive comme médiateur entre modifiabilité et bien-être (Berjot & Sedikides, Lausanne, 2004). Dans une seconde temps, à l'aide d'analyses en équation structurales (EQS), nous avons testé l'adéquation de notre modèle aux modèles actuels du stress.

4. Patrice Cannone (Service oncologie médicale CHU Timone), David Marie (Université de Provence) Eric Dudoit (Service oncologie médicale CHU Timone)

Cancer et Genre - Partie II : Approche singulière.

Contact : patrice.cannone@mail.ap-hm.fr

En oncologie médicale, il n'existe pas de thérapeutique spécifique selon le "sexe", si ce n'est en réaction à l'atteinte cancéreuse qui remet sur le devant de la scène la différence des sexes. Les traitements du cancer du sein ou de l'utérus concernent les femmes, alors que la prostate se retrouve chez les hommes. Tous, ont à supporter les thérapeutiques et leurs effets (alopécie, mastectomie...) qui font effraction dans ce qui constitue "l'identité" du sujet par son appartenance sociale et sa construction singulière. Cela peut sembler surprenant de penser que le sexe pourrait déterminer un rapport particulier au cancer. Mais au delà du soma, de la détermination du sexe pour un individu, il existe une sexualité qui se détermine dans un ailleurs du corps. C'est là précisément, la difficulté de la théorie Freudienne de la sexualité dans le développement de la vie psychique de l'être humain, dans la mesure où elle n'est pas un dispositif tout monté, mais s'établit au cours d'une histoire individuelle en changeant d'appareils et de buts. Elle ne saurait se comprendre sur le seul plan d'une genèse biologique mais, inversement, les faits établissent que la sexualité infantile n'est pas une illusion rétroactive. Pourtant "ce non parler qu'est le corps dans la parole" demande, désire, interpelle le thérapeute autour de constructions imaginaires, de fantasmes, interpellant l'autre clinicien, s'il veut bien l'entendre, dans le jeu des investissements... Si Comme le dit Calaferte "Au commencement était le sexe", alors ne nous méprenons plus sur la distinction nécessaire et importante du sexe et du genre. Ainsi, s'inscrit l'identité au travers des avatars d'une histoire toujours singulière, identité qui bousculée par la maladie cancéreuse, revient évidemment sur ce qui a fait événement dans sa construction et qui peut être accueillie et travaillée au travers d'une rencontre avec un psychothérapeutes. Comme en témoigne l'histoire de Maud, jouant "le cercle brisé de l'amour", tant avec ses proches que les médecins, voilant et dévoilant son identité dans une "quête de sens " sexualisée, pour elle, de sa maladie.

Sessions parallèles 5 : vendredi 24 juin : 14h30-16h

5A : Table ronde pratiques professionnelles

1. Isabelle Boulze (Université Paul Valéry, Montpellier III)

Incidence du concept d'addiction sur la pratique clinique

Contact : isabelle.boulze@free.fr

L'intérêt pour les conduites addictives entraîne de nombreux aménagements des politiques de santé publique (Rapport Reynaud-Parquet-Lagrué), des prises en charges thérapeutiques (recommandations cliniques du mésusage, Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie) et des modélisations théoriques (Mac Dougall, Pedinielli pour le référentiel psychanalytique, Adès et Descombey pour la psychiatrie, Ehrenberg pour la sociologie...). Nous interrogerons ces changements, leurs impacts théoriques et pratiques, à partir d'une lecture anthropologique du « malaise dans la civilisation ». En effet, le cadre thérapeutique « classique » a été remis en cause par les problématiques addictives, mais aussi par les états limites (Bergeret), la maladie psychosomatique (Marty) ou l'alexithymie (Pédinielli). L'expression symptomatique transnosographique (acte-symptôme, Mac Dougall) a « bousculé » la pratique clinique. Le discours souvent « pauvre », laissant peu de place à l'élaboration fantasmatique, demande à repenser des formes d'investissement thérapeutique. Dans l'addiction, le peu d'élaboration psychique est à mettre en parallèle avec la focalisation de la pensée sur la conduite entraînant une quasi disparition des autres centres d'intérêt. Le discours commun des patients présentant des addictions interroge les praticiens sur la disparition d'un discours singulier favorisant la mise en place d'un dispositif thérapeutique d'inspiration psychanalytique. A la problématique de l'organisation sexuelle du symptôme, se substitue un discours caractérisant l'individu par l'énumération de ses troubles du comportement, au point de réduire l'expression de sa souffrance à : « je suis alcoolique, boulimique, anorexique, toxicomane... ». Il est important d'interroger l'origine de la fonction défensive de ce discours asexué et du flot d'informations qui le composent. Ainsi, au delà des spécificités des conduites addictives, on peut se demander ce que sera le devenir de l'intervention psychologique auprès de personnes âgées, de sportifs, de salariés licenciés par leur entreprise, dans le domaine de la prévention, lors de catastrophes, d'attentat, d'accidents. Comment penser cette consommation du psychologique ? Comment se positionner face à la pluralité des demandes ? Cet intérêt et cet engouement pour le psychologique ne risque-t-il pas de devenir une conduite de réassurance morale ?

2. Christine Jeoffrion (Université de Nantes)

Représentation sociale de la non-observance et identité des patients et des professionnels de la santé

Contact : christine.jeoffrion@univ-nantes.fr

Notre étude est centrée sur les causes de la non-observance des patients afin d'y remédier. Elle s'inscrit dans la suite d'un programme de recherche que nous avons mené avec la CNAMTS (Jeoffrion, Lafon, 2004). Une enquête a été réalisée auprès de patients et de professionnels de la santé, afin de mettre à jour les représentations qu'ils ont de la maladie, du médicament, des relations médecin-patient, et de l'observance. Cette communication poursuit les premières investigations présentées lors des Entretiens de la psychologie (Jeoffrion, 2004) sur l'exploitation d'associations libres avec le logiciel «EVOC» (Vergès, 1995) et rend compte des entretiens exploités par le logiciel Alceste (Reinert, dernière actualisation). Les premiers résultats issus des questionnaires ont montré la différence fondamentale qui oppose les professionnels de la santé aux patients. Si les professionnels de la santé sont essentiellement centrés sur le traitement et sur la relation avec le patient, ce n'est pas ce qui prime chez le patient qui, lui, focalise son attention sur le bouleversement entraîné dans sa propre vie par la maladie. Traitement médicamenteux d'un côté, mode de vie de l'autre, les représentations renvoient à des univers sémantiques bien distincts. Les investigations actuelles viennent approfondir ces premiers résultats à partir d'une analyse factorielle mettant en lien les associations citées et les caractéristiques des personnes qui les ont citées, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'études, la profession, mais aussi le type de traitement suivi par les patients, ou encore le lieu d'exercice des professionnels de la santé (libéral, hôpital public), afin de distinguer des « identités » différentes. Par ailleurs, les entretiens, au travers des trajectoires de vie des uns et des autres et de la représentation qu'ils se font d'eux-mêmes et de leur profession (on peut parler ici d'identité professionnelle, notamment en ce qui concerne les professionnels de la santé) vient enrichir la compréhension de ces analyses. Une des conclusions qui peut d'ores et déjà être proposée est que, si l'on parle de plus en plus d'éducation thérapeutique des patients, il semble tout-à-fait nécessaire de mesurer toute l'importance d'une réelle formation aux sciences humaines des professionnels de la santé, très démunis pour comprendre ces phénomènes de non-observance.

3. Gilles Amado (Groupe HEC), Dominique Lhuillier (Université de Rouen) V. Diuana (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil) L. Araujo (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), A. Duarte (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil) M. Garcia (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), B. Larouze (INSERM U707) L. Poubel (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), D. Rolland (Université de Rouen – PRIS), E. Romano (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil), A. Sanchez (Superintendence de la santé – administration pénitentiaire de l'état de Rio –Brésil)

La santé dans les prisons brésiliennes : développement d'une recherche – action

Contact : dominique.lhuillier@univ-rouen.fr AMADO@hec.fr

Santé et soins : nécessité et complexité d'une recherche action dans les prisons de l'Etat de Rio – Brésil. Cette recherche action vise à la fois la production de connaissances et de changements en termes d'amélioration d'une situation sanitaire alarmante notamment en matière de VIH et tuberculose. L'action désigne ici à la fois la mise en œuvre de dispositions techniques et organisationnelles aussi les activités propres au travail d'analyse et contribuant à une évolution des représentations, des relations, et des pratiques. La nécessité de cette orientation tient à la fois à des raisons éthiques (l'état sanitaire, la misère matérielle, la souffrance des détenus « imposent » aux chercheurs de se préoccuper de l'amélioration des conditions d'existence et d'accès aux soins), et des raisons d'efficacité (associer les chercheurs et les acteurs sujets et « objets » de la recherche dans une visée d'implication favorisant les processus de changement). « Pour comprendre une réalité, il faut tenter de la changer » (K. Lewin) et l'analyse des difficultés et obstacles rencontrés éclairent les dynamiques institutionnelles et les fonctions des systèmes de représentations. Cette recherche-action franco-brésilienne (soutenue par l'ANRS), privilégie deux axes d'investigation : - Les représentations des risques sanitaires en prison et les pratiques associées : structuration et fonctions. Les représentations des maladies contagieuses et transmissibles en prison (agression, domination, viol, stigmatisation, sanctions...) qui dépendent à la fois des connaissances objectives et des caractéristiques psycho-sociales de la situation d'incarcération. Le milieu hostile de la prison impose aux détenus une priorité donnée aux stratégies de survie immédiate et favorise une euphémisation voire un déni des symptômes de la maladie. La surpopulation carcérale, la promiscuité imposée, le manque d'hygiène et d'intimité favorisent le sentiment d'exposition à une possible contamination. En même temps que la référence aux maladies (notamment le VIH et la tuberculose) contribue à des processus de catégorisation et de discrimination sociale. Et ce, dans un contexte où les stratégies d'adaptation passent par l'appartenance à des groupes constitués et des conduites de prévention de l'exclusion. - Les empreintes du contexte et de la culture carcérale sur le rapport au corps et à la santé, sur l'usage des dispositifs sanitaires, sur les stratégies de préservation des différents acteurs. La population carcérale présente le plus souvent des tableaux cliniques lourds et a rarement eu accès aux dispositifs d'éducation sanitaire et de soins avant l'incarcération. La prison apparaît alors comme synonyme d'accès contraint aux soins en même temps que comme un contexte favorisant une dégradation de l'état de santé. L'usage des services de soins s'inscrit dans des visées stratégiques qui n'ont pas de lien direct avec la maladie mais donne accès à certains bénéfices (approvisionnement en médicaments revendus dans le marché clandestin du troc carcéral, protection contre les menaces exercées en détention, attention et écoute...). La maladie simulée peut procurer des avantages, la maladie réelle, elle, est essentiellement vulnérabilisante quand elle est révélée. Enfin, l'accès aux soins suppose de dépasser un double filtre : celui des surveillants (pouvoir de « tri » des demandes sur des critères plus sécuritaires que sanitaires, celui de l'organisation sociale des détenus (celle des favelas reproduite intra muros : pouvoir du chef de cellule, des chefs de gangs ou de groupes religieux).

4. Michèle Benhaim (Université de Provence Aix-Marseille 1)

Sida, toxicomanie et société

Contact : michelebenhaim@voila.fr

Travaillant sur le sida depuis 1986 (divers services hospitaliers et champ associatif tel que Médecins du Monde) je peux témoigner et proposer réflexion et analyses des enjeux modernes de société mis en lumière aujourd'hui par cette pathologie médico-psycho-sociale à l'heure où des traitements se montent efficaces pourtant pour 80% des patients. A partir d'une clinique quotidienne auprès de patients conjuguant toxicomanie, sida et galère sociale, comment travailler aujourd'hui avec ce type de souffrance psychique "actuelle".

5B. Symposium Vieillissement et Santé organisé par Geneviève Coudin

1. Béatrice Beaufile, UFR de Psychologie, Pratiques Cliniques et Sociales, (Université Paris 8).

Identité personnalologique, observance et consommation de psychotropes

Contact : beaufilebb@aol.com

Nous présenterons deux volets d'une recherche menée auprès d'un échantillon de 133 personnes âgées de plus de 60 ans (moyenne d'âge de 79,1 ans), atteintes de maladie chronique, et prenant au moins 2 médicaments différents par jour. Les sujets ont été recrutés dans le cadre d'une consultation de gériatrie située à Paris. Des données, médicales, psychosociales et comportementales, ont été recueillies par questionnaires et par entretiens semi-directifs réalisés au domicile même des sujets.

Nous montrerons l'intérêt de la prise en compte de l'identité personnalologique (ensemble des caractéristiques de personnalité qu'une personne reconnaît pour siennes, qu'elle négocie et revendique lors de ses interactions sociales) dans la compréhension:

-des phénomènes d'observance/inobservance

Les sujets qui se distinguent, dans leurs comportements vis-à-vis de la prise quotidienne de médicaments, par un manque d'ordre et de régularité, par des oublis, triant dans l'ordonnance etc. sont également ceux qui, au niveau identitaire, se déclarent les plus indépendants, individualistes et innovateurs, ayant un bon contrôle de leur environnement. Or, de nombreuses études ont montré que les croyances des malades dans le fait qu'ils contrôlent plus ou moins leur vie et leur maladie semblaient avoir un effet protecteur. Nos résultats mettent alors en question le bien fondé de la recherche systématique, de la part du corps médical, d'une observance sans réserve de la part des patients.

-de la consommation de psychotropes

Selon que les personnes âgées déclarent prendre leurs médicaments psychotropes "pour dormir" ou "contre l'anxiété", on observe des différences dans les représentations qu'elles ont d'elles-mêmes. Alors que celles qui prennent leur médicament "pour dormir" ressemblent, au niveau identitaire, à des personnes ne prenant pas de psychotropes, celles qui le prennent "contre l'anxiété" se décrivent anxieuses, tendues et incontrôlées. Tout semble se passer comme si la prescription de "médicaments contre l'anxiété" légitimait et renforçait l'identité "anxieuse" autoproclamée par les patients. Dès lors, comment. une anxiété, vécue comme "chronique", pourrait-elle être sevrée?

2. Clara Mure

Perte d'autonomie dans les démences sévères et attitudes soignantes

Contact : clara.mure@spr.ap-hop-paris.fr

3. Benoit Verdon (Université Paris 5)

Diversité psychopathologique de la plainte mnésique de l'adulte vieillissant

Contact : benoit.verdon@univ-paris5.fr

De plus en plus d'adultes vieillissants consultent pour des troubles de mémoire sans que le bilan neuropsychologique ne confirme l'hypothèse d'une étiologie organique morbide en jeu. Le contexte contemporain des pathologies cérébrales qui peuvent faire de tout homme à l'intelligence vive et féconde un être grabataire et dépendant pour le moindre de ses besoins vitaux, fait qu'à la perspective de la mort du fait de la prise d'âge s'est greffé maintenant le spectre de la détérioration mentale, du risque conséquent de perdre son autonomie physique et psychique, et d'être un jour cantonné à une irréductible position de dépendance et d'impuissance. Ainsi, plusieurs chercheurs ont constaté qu'une forte corrélation était fréquemment observée entre l'intensité de la plainte mnésique et les scores obtenus à des échelles de stress, d'anxiété et de dépression. C'est ce constat que nous avons souhaité approfondir, portant notre attention à la qualité des problématiques anxieuses et dépressives, ainsi qu'à la variété des organisations psychopathologiques susceptibles de sous-tendre cette plainte uniforme liée à l'impression de moindre efficacité intellectuelle. Le groupe d'étude est constitué de 31 patients, âgés de 53 à 85 ans, obéissant à plusieurs critères : plainte mnésique spontanée avec demande de bilan psychologique ; niveau socioculturel élevé ; bon état de santé physique général ; absence d'antécédents médicaux sévères ; absence d'altération des fonctions sensorielles susceptible de gêner la saisie correcte des informations, qu'elles soient d'ordre visuel ou auditif. A chaque sujet a été proposé un bilan neuropsychologique, le Rorschach et le TAT, ainsi

qu'un entretien semi-directif. Après analyse de l'entretien et des protocoles des épreuves projectives, le découpage psychopathologique se dessine ainsi. Plus de deux tiers des patients présentent une organisation névrotique entrant dans le cadre des variations de la normale, ou une organisation névrotique fragilisée. Les autres patients présentent des modes de fonctionnement psychique de type limite ou narcissique, plus ou moins fragilisés. Il n'y a aucun patient présentant une organisation psychotique. Des vignettes cliniques illustreront la présentation de cette diversité psychopathologique.

4. Sabine Gaichies (Université Bordeaux 2), André Charles (Université Bordeaux2), Jean François Dartigues (INSERM U 593), Colette Fabrigoule (INSERM U593)

Évolution de la santé subjective et de la perception des capacités cognitives chez des sujets déments : résultats de la cohorte PAQUID

Contact : sabine.gaichies@voila.fr

PAQUID est une enquête épidémiologique dans laquelle environ 4 000 personnes sont suivies à domicile depuis 15 ans, tous les 2 ans en moyenne. Une détection active des cas de démences incidentes est effectuée à chaque suivi. Notre objectif était d'apprécier, chez 52 sujets déments, les profils d'évolution de la santé subjective et de la perception de ses propres capacités cognitives. Pour cela, nous avons étudié l'évolution de ces deux variables à trois périodes : au suivi précédent l'incidence de la démence de deux ou trois ans (T-1), à l'incidence (T0) et au suivi deux ou trois ans après (T1). La majorité des sujets (69,2 %) évaluent leur santé comme bonne au cours des trois suivis, et seulement 11,5 % considèrent que leur santé se dégrade au cours du temps. Pourtant, les résultats aux tests neuropsychologiques montrent qu'il existe au moins un déficit cognitif chez 88,5 % des sujets à I-1, et chez 100 % des sujets à I0 et I+1. Est-ce que ces sujets ne perçoivent pas - ou dénie - leurs déficits cognitifs, ou bien considèrent-ils la sphère cognitive comme indépendante du domaine de la santé ? En ce qui concerne la perception des capacités cognitives, 61,5 % des sujets se plaignent à juste titre au cours des 3 suivis, et seulement 3,8 % ne se plaignent jamais de leurs capacités cognitives, en présence de déficits. Enfin, 15,4 % des sujets n'ont aucune plainte à I-1, puis en ont au moins une à I0 et/ou à I+1 et 19,3 % des sujets n'ont pas de plainte cognitive à I0 et/ou à I+1. Ainsi, il semblerait que la perception du déficit cognitif ne soit pas vécue majoritairement comme synonyme de mauvaise santé, puisque bonne santé subjective et connaissance de déficits cognitifs représentent respectivement 3/4 et 3/5 des sujets. De plus, si la méconnaissance des troubles n'existe pas chez la majorité des sujets, un pourcentage non négligeable d'entre eux (23,1 %) ne reconnaît ni la présence des déficits cognitifs, ni l'évolution péjorative de ses capacités cognitives au cours du temps. Afin de mieux comprendre ces distorsions, nous étudierons les profils individuels d'évolution des sujets en fonction des relations entre santé subjective, plainte cognitive et déficits cognitifs.

5. Geneviève Coudin (Université Paris 5)

La réticence des aidants familiaux à recourir aux services de gériatrie : une approche psychosociale

Contact : genevievecoudin@free.fr

La mission des services d'aide professionnelle aux aidants de malades Alzheimer consiste à mettre en place des dispositifs destinés à répondre au mieux à leurs besoins. Problème reconnu comme critique par les acteurs du champ sanitaire et social, la réticence des aidants à utiliser les services représente un paradoxe sur lequel il y a lieu de s'interroger. Dans ce domaine de la recherche-action, la littérature sur l'aide informelle permet de repérer les impasses ayant mené à penser les offres de services. Le paradigme du stress coping dominant, s'avère réducteur. Des voies d'ouverture décrivent les deux aspects, instrumental et socio-affectif inhérents au rôle d'aidant et la gratification attachée à ce rôle. La réticence se situerait à l'interface de deux logiques d'aide divergentes. Car, si les services répondent aux besoins d'aide tangible, ils ne tiennent pas compte du travail de soutien à l'image de soi de l'aidé accompli par l'aidant. Cet aspect intangible de l'aide jugé essentiel par les aidants, fait qu'ils sont confrontés à un conflit douloureux entre besoins contradictoires de fonctionnalité et de maintien identitaire du proche. Une enquête qualitative sur la réticence à l'égard des services a été menée auprès de 27 aidants principaux. Les caractéristiques socioculturelles ont été contrôlées ainsi que le stade de la maladie. L'analyse montre que la réticence dépend d'abord des services, qu'elle peut être massive pour certains et sélective pour d'autres. C'est un phénomène complexe qui doit être contextualisé.

5C. Problématiques sociales de la santé et éducation à la santé

1. Noëlle Giraud-Lidvan (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université Paris René Descartes)

Problèmes de communication entre soignants et familles de patients en soins palliatifs : enjeux internes, enjeux politiques

Contact : noelle.lidvan@univ-paris5.fr

La recherche présentée ici (soutenue par la Fondation de France) visait à analyser les difficultés de communication surgissant entre les familles de patients et les soignants dans le contexte des soins palliatifs, et à proposer des solutions concrètes d'amélioration du fonctionnement des services concernés. La méthodologie utilisée est essentiellement qualitative. Une observation participante a été effectuée dans deux services (spécialisé/non spécialisé en soins palliatifs), et 30 entretiens semi-directifs (soumis à une analyse textuelle par Alceste) ont été menés auprès de différents intervenants en Soins Palliatifs (médecins, IDE, aides-soignantes, assistantes sociales, psychologues, bénévoles) exerçant dans différents services hospitaliers à Paris et dans sa banlieue, et à Rouen. Sur la quasi totalité des lieux d'enquête, la recherche (qui s'est déroulée entre 2002 et 2004) a montré l'existence d'un climat tendu et de réticences très importantes liées en grande partie au débat social à propos de l'euthanasie, sensible tant chez les professionnels de la santé que chez les familles de patients. Il en ressort trois résultats majeurs, relevant du fonctionnement professionnel et du fonctionnement organisationnel : 1) ce n'est pas tant la spécialisation du service en soins palliatifs qui fait la différence dans l'accompagnement des malades et des familles, et dans la gestion des éventuels conflits avec les familles, que la disponibilité temporelle et la qualité de la formation de l'ensemble de l'équipe soignante ; 2) les relations au sein de l'équipe soignante et le fonctionnement hiérarchique (autonomie, information et responsabilité des différents types de soignants) sont prépondérantes dans la qualité de la prise en charge ; 3) les difficultés relationnelles entre soignants et familles sont très largement dépendantes des moyens de fonctionnement des services, lesquels sont directement liés à la politique de santé publique. Deux axes de conclusions sont posés, concernant : 1) la formation des soignants et la définition de leur rôle vis-à-vis des familles. ; 2) la conception d'une politique de santé en matière de soins palliatifs.

2. Myriam Guedj (Université Toulouse 2 le Mirail), Maria Teresa Munoz Sastre (Université Toulouse 2 le Mirail)

L'acceptabilité de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté

Contact : myriam.guedj@free.fr

Objectif : Notre recherche porte sur l'acceptabilité de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté lorsqu'un patient est en phase terminale. Notre étude est basée sur la Théorie Fonctionnelle de l'Intégration de l'Information de N.H. Anderson (1996). Méthode : Notre échantillon est composé de 115 personnes issues du grand public (hommes et femmes de plus de 18 ans, de différentes professions) et 72 professionnels de santé (22 aides-soignantes, 44 infirmières, 6 médecins) Matériel : Les participants ont jugé de l'acceptabilité de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté en évaluant un ensemble de 16 vignettes qui sont le résultat de la combinaison de 4 facteurs : l'identité de l'acteur (patient ou médecin), la demande ou non du patient à mourir, la nature de l'action soit active (en injectant une toxine), soit passive (en débranchant l'appareil qui maintien en vie), et le type de souffrance (douleur physique insurmontable, dépendance complète, ou maladie psychiatrique grave). Résultats : Les interventions de fin de vie sont plus acceptables pour les personnes issues du grand public que pour les professionnels de santé. Pour ces deux groupes, l'acceptabilité est la plus haute quand la douleur physique est insurmontable ; est plus haute quand les patients mettent fin à leur vie que lorsque ce sont les médecins qui agissent. Quand les médecins sont les acteurs, l'acceptabilité est plus haute quand les patients ont exprimé un désir de mourir (euthanasie volontaire) que lorsqu'ils n'ont pas demandé à mourir (l'euthanasie involontaire) En revanche, quand les patients effectuent l'action, l'acceptabilité pour les aides-soignantes et le grand public ne dépend pas de la demande du patient à mourir, alors que pour les infirmières et les médecins le suicide sans aide est plus acceptable que le suicide médicalement assisté. Conclusions : Le grand public est plus en faveur de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté que les professionnels de santé.

3. Jérôme Foucaud (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), Bruno Quintard (Université Bordeaux 2), Florence Cousson-Gelie (Université Bordeaux 2), Constan Aymery (Université Bordeaux 2), André Taytard (Service des Maladies Respiratoires Université Bordeaux 2)

Evaluation de l'impact d'une intervention d'éducation thérapeutique du patient asthmatique

Contact : jerome.foucaud@inpes.sante.fr

Introduction Aujourd'hui, l'éducation thérapeutique du patient fait partie des recommandations de bonnes pratiques, cependant, son impact est mal connu. Cette recherche a donc pour objectif d'évaluer l'impact d'une telle intervention chez les sujets asthmatiques. Méthode 76 patients asthmatiques tout venants, recrutés par des médecins hospitaliers et libéraux, ont été répartis aléatoirement dans deux groupes, conformément au test de puissance statistique effectué : groupe expérimental : 43, groupe contrôle : 33. Quatre séances groupales, réalisées par des animateurs spécialisés (avec utilisation de différentes techniques pédagogiques et d'outils visuels), ont été proposées aux sujets du groupe expérimental. Les sujets contrôles ont, quant à eux, fait l'objet d'un suivi "traditionnel" (consultations "classiques"). Les connaissances sur l'asthme (Nguyen et al. 2003), les stratégies de coping (Maes et al. 1986), le soutien social perçu, la symptomatologie dépressive (Radloff et al. 1977 ; Fuhrer et al. 1989), le contrôle perçu (Pyun et al. 1988), la qualité de vie (Juniper et al. 1999), l'adhésion perçue aux traitements (Morrissey, 1998) et la consommation de soins d'urgence ont été évalués à différents temps (T1 avant les séances ; T2, juste après les séances ; T3, 18 mois). Afin de mesurer l'impact de notre approche éducative, nous avons procédé à des analyses de variance (ANOVA à deux facteurs). Résultats Les analyses de variance montrent que l'intervention éducative améliore les connaissances de l'asthme ($F(1, 74)=4.71, p<0.041$), le soutien social perçu face à la crise d'asthme ($F(1,74)=6.52, p<0.02$), l'adhésion perçue aux traitements ($F(1,74)=5.34, p<0.03$), la qualité de vie psychique ($F(1,74)=15.03, p<0.0002$) ; elle diminue le recours à des stratégies de minimisation de la crise d'asthme ($F(1,74)=4.91, p<0.03$) et à des stratégies centrées sur l'émotion face à la crise d'asthme ($F(1,74)=6.42, p<0.02$), la sensibilité aux stimuli environnementaux ($F(1,74)=14.91, p<0.0002$) et la consommation de soins d'urgence ($F(1,74)=4.37, p<0.04$). Conclusion Les résultats de cette étude soulignent l'impact favorable de l'approche éducative sur la qualité de vie des sujets asthmatiques ainsi que sur leur façon de percevoir et de gérer leur maladie (adhésion thérapeutique). De nouvelles recherches sont désormais nécessaires afin d'explorer de façon plus systématique ce domaine d'intervention, et d'en apprécier sa portée.

4. Maryse Karrer (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)), Yonna Moreau (Université Aix Marseille)

Expérimentation de démarches d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie auprès de femmes enceintes, de personnes âgées et d'adolescents

Contact : maryse.karrer@inpes.sante.fr

Objectif : Dans le souci de favoriser l'intégration d'une dimension éducative dans les pratiques des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine, et devant les limites d'une approche thématique, l'Inpes et la Cnamts ont souhaité expérimenter des démarches d'éducation pour la santé ayant une approche globale et populationnelle. Il s'agissait d'étudier la faisabilité de plusieurs démarches d'éducation pour la santé, qui prennent à la fois en compte les caractéristiques des trois populations choisies (adolescents, femmes enceintes, personnes âgées) et soient conformes au modèle biopsychosocial de la santé (Bury-1988). Méthode : Cinq projets de démarches d'éducation pour la santé ont été élaborés par 61 médecins généralistes et pharmaciens d'officine, répartis en 5 sites pilotes. Ces projets devaient notamment répondre à des critères « validant » en éducation pour la santé : avoir une approche globale de la santé, définir des objectifs pédagogiques, favoriser l'expression et l'implication des patients, prévoir une adaptation à chaque patient. Les démarches éducatives ont été testées par les professionnels auprès de 185 patients. L'évaluation a porté sur la comparaison entre les démarches prévues dans les projets et celles effectivement réalisées. L'analyse a notamment porté sur le respect des critères « validant » en éducation pour la santé à partir des récits de chaque rencontre avec les patients, d'entretiens avec les professionnels et des différents questionnaires. Résultats : L'approche globale a été plus fréquemment mise en oeuvre avec les adolescents et les femmes enceintes qu'avec les personnes âgées, davantage préoccupées par des problèmes de santé. Les objectifs se sont plutôt centrés sur la recherche de bien-être chez les adolescents, sur l'accompagnement des choix liés à la grossesse chez les femmes enceintes et sur le changement de comportement chez les personnes âgées. Les patients ont été impliqués dans leur démarche éducative et ont déclaré avoir pu parler de tout ce qui les préoccupait. L'adaptation de la démarche à chaque patient apparaît néanmoins peu à la lecture des récits des professionnels. Conclusion : Ce travail, accueilli de manière très positive par les participants, ouvre des perspectives pour l'amélioration de la relation soignant-soigné en médecine générale et en pharmacie.

5. Aurore Lamouroux (Université de Provence, UPRES 3782 Hôpital Ste Marguerite, Marseille) Michel Morin (Université de Provence), Daniel Verivoet (UPRES 3782, Hôpital Ste Marguerite, Marseille)

Facteurs psychosociaux impliqués dans la motivation des patients asthmatiques à participer à l'éducation thérapeutique.

Contact : aurore.lamouroux@wanadoo.fr

Objectif : Cette étude s'intéresse aux facteurs psychosociaux et aux traits de personnalité impliqués dans la décision de patients asthmatiques à participer à des séances éducatives. Méthode : Dans un service de pneumologie, 81 patients ont rempli un auto-questionnaire centré sur l'intention de participer à des séances éducatives et sur les croyances liées à l'asthme, la perception du traitement, le soutien social, le statut émotionnel, le contrôle perçu, les conduites de santé, les attitudes à l'égard de l'éducation, les définitions de soi, la qualité de vie (MiniAQLQ), l'auto-efficacité, la dépression (CES-D). De même, sont mesurés les caractéristiques socio-démographiques et les facteurs cliniques. Résultats : Les patients qui déclarent l'intention de participer à l'éducation thérapeutique adoptent significativement des conduites de santé inadaptées ($p=0.0001$) et déclarent ne pas gérer leur asthme ($p=0.03$). Ils perçoivent négativement leur traitement (peur des effets secondaires) ($p=0.02$). De plus, les faibles scores de QoL sont significativement corrélés avec les représentations de soi ($p=0.017$), la peur des effets secondaires ($p=0.01$) et le statut émotionnel négatif ($p=0.0001$). Discussion/conclusion : Ces résultats montrent que les décisions de santé s'intègrent dans les perceptions sur la maladie et les traitements, les représentations de soi et les illusions de contrôle. De plus, les résultats révèlent que les patients enclins à participer à des séances éducatives sont des patients à risque. Cependant, les études soulignent la difficulté actuelle dans le recrutement de ce type de patients. En conséquence, ces résultats dénotent de l'importance de considérer les illusions de contrôle et les croyances sur soi impliqués dans les intentions comportementales et de la nécessité de mettre en place des stratégies d'éducation à la santé afin de favoriser le passage à l'acte, principalement chez les patients à risque.

5D. Approches psychosociales du VIH

1. Aurélie Gauchet (Université de Metz), Cyril Tarquinio (Université de Metz), Gustave Nicolas Fischer (Université de Metz)

Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez des patients VIH.

Contact : gaucheta@aol.com

Objectif : Avec l'arrivée des antiprotéases utilisées en trithérapie en 1996, les patients vont apprendre à vivre avec leur VIH et entrer dans la maladie chronique. De nombreux articles vont alors montrer l'importance de l'observance thérapeutique (respect des prescriptions médicales) chez les personnes séropositives. Nous souhaitons montrer dans cette étude l'importance en particulier des déterminants psychosociaux de l'observance. Méthode : Cette recherche réalisée en 2002, réunie 127 patients VIH (âgés de 18 à 65 ans) qui ont participé à une enquête par questionnaire lors de leur consultation trimestrielle à l'hôpital de Metz. Les sujets devaient répondre à une échelle de compliance (Tarquinio, Fischer, Grégoire, 2000), un questionnaire de représentation de la maladie (IPQ, Weinman), un questionnaire de représentation du traitement (BMQ, Horne), une échelle de valeurs (Fischer, 2002), une échelle de satisfaction au traitement et une fiche signalétique. Nous avons procédé à des analyses multidimensionnelles (ACP et régressions multiples), afin de mettre en évidence les variables principales sous-jacentes aux échelles. Résultats : Les résultats révèlent que les déterminants psychosociaux tels que les croyances des patients, leurs valeurs, les facteurs environnementaux et la relation médecin-malade, sont des éléments qui influencent l'observance thérapeutique. Les facteurs principaux en lien direct avec l'observance des patients, sont leurs croyances par rapport au traitement, la satisfaction du traitement, la confiance accordée au médecin, le soutien social, la durée du traitement et de la maladie et la communication sincère. Conclusion : Ces résultats sont consistants avec la théorie du modèle de Leventhal sur l'autorégulation de la maladie, et permettrons aux médecins d'ajuster leurs conseils et les traitements en tenant compte de ces différents déterminants psychosociaux, afin d'améliorer l'observance des patients VIH.

2. Marie Préau (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université Aix-Marseille I, Aix en Provence, INSERM U379, Marseille) Anne Deborah Bounhik (INSERM U379, Marseille), Patrizia Carrieri, (INSERM U379, Marseille), Yolande Obadia (INSERM U379, Marseille), et Bruno Spire (INSERM U379, Marseille)

Les déterminants de la survenue d'une symptomatologie dépressive chez des patients infectés par le VIH lors d'usage de drogue

Contact : preau@marseille.inserm.fr

Contexte et objectifs. La santé mentale et plus particulièrement la présence de symptômes dépressifs apparaissent comme des enjeux majeurs de la prise en charge de l'infection par le VIH. Associée à l'observance et la qualité de vie, la santé mentale représente l'un des déterminants fondamentaux du succès thérapeutique des multithérapies antirétrovirales et cela plus particulièrement chez les personnes infectées par le VIH lors d'usage de drogue par voie intraveineuse (UDVI). L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs associés à la survenue d'une symptomatologie dépressive auprès de patients UDVI. Méthode. Nous nous sommes appuyés sur les données prospectives d'une cohorte de patients UDVI : la cohorte MANIF. La présence de symptômes dépressifs a été évaluée à l'aide de l'échelle CES-D après une année sous multithérapies. Résultats. Les facteurs indépendamment associés à la survenue d'une symptomatologie dépressive sont la non-connaissance de ses caractéristiques médicales, de mauvaises relations avec son médecin, ne pas avoir d'emploi, ne pas avoir de partenaire stable, ressentir de nombreux effets indésirables du traitement, être en stade clinique B ou C (stade symptomatique) et présenter des caractéristiques immunologiques dégradées ($CD4 < 200$). Par ailleurs, on observe un gradient quant à l'impact du statut face à la toxicomanie, ainsi les patients abstinentes ont d'autant moins de chance de présenter une symptomatologie dépressive que les patients sous traitement de substitution qui ont eux-mêmes moins de chances de présenter des symptômes dépressifs que les patients toujours injecteurs de drogue. Conclusion. Ces résultats mettent en évidence le rôle déterminant des facteurs psychosociaux dans la survenue des symptômes dépressifs ainsi que la nécessité d'une prise en charge adaptée selon les trajectoires face à la toxicomanie. Tout ceci mettant en avant l'absolue nécessité d'une prise en charge globale afin d'améliorer la « santé mentale » des personnes infectées par le VIH par UDVI.

3. Gaëlle Delamarre (Université de Provence), Florence Gélie (Université Bordeaux 2), Marilou Bruchon Schweitzer (Université Bordeaux 2)

Les déterminants individuels de la prise de risque sexuelle chez des homosexuels masculins

Contact : gaelledelamarre@hotmail.com

Nous avons mené sur Internet une enquête auprès de 158 hommes homosexuels ayant eu des partenaires occasionnels au cours des 3 derniers mois. Ont été évalués divers facteurs socio démographiques (âge, niveau d'étude, situation professionnelle, revenus, taille de l'agglomération, état civil et sérologie au VIH), trois facteurs de personnalité (la recherche de sensations, l'optimisme dispositionnel et la dépression-état) et la prise de risque sexuelle face au VIH/SIDA. Les résultats ont été traités par des tests de comparaison de moyennes (T de Student), de comparaison de fréquences (Khi 2 de Pearson) ou de rangs (Tau de Kendall). Les sujets qui rapportent des comportements de protection diffèrent de ceux qui rapportent des comportements de non-protection sur les scores de « recherche de sensations » (sous-dimensions : désinhibition et recherche de danger et d'aventure). Plus leur score de recherche de sensations est élevé, plus ils adoptent de comportements de prise de risque sexuelle face au VIH/SIDA. Aucune association n'a été observée entre la prise de risque sexuelle et les dimensions de personnalité de dépression-état et d'optimisme dispositionnel. Le fait d'être marié ou pacsé est associé à des comportements de prévention. La proportion d'hommes séropositifs au VIH qui adoptent des comportements de non-protection est significativement plus élevée que celle des hommes séronégatifs au VIH ou non testés. De nouvelles pistes de recherche concernant les médiateurs (consommation de substances psycho actives, addiction sexuelle) entre la recherche de sensations et l'adoption de comportements de prise de risque restent à explorer.

4. Silvia Ubillos (Université de Burgos), Eli Moreno (L'Association de Sexologie Lahia), Eider Goiburu (L'Association de Sexologie Lahia), Eider Arzelus (L'Association de Sexologie Lahia)

Efficacité des Programmes de Prévention du SIDA dans Adolescents

Contact : subillos@ubu.es

Le but de l'étude est d'étudier l'impact d'un programme de prévention sexuelle du VIH dans les connaissances, les attitudes et les conduites sexuelles des adolescents. Le programme est basé sur les principes qui se dérivent de la Psychologie Évolutive et des Théories Psycho-sociales comme le Modèle des Croyances de la Santé, la Théorie de l'Action Raisonnée et de l'Action Planifiée. L'échantillon qui a participé à cette étude a été 249 étudiants avec des âges entre 15 et 19 ans. Ces adolescents ont reçu un programme qui a été évalué à travers d'une conception quasi-expérimentale de groupes non équivalents. Les résultats indiquent que l'intervention a réussi: a) à augmenter les connaissances sur la prévention; b) à maximiser la perception des avantages et réduire au minimum la perception des désavantages de l'utilisation du préservatif; c) à renforcer l'attitude négative vers le coït interrompu; d) à augmenter la perception de risque vers le SIDA; e) à augmenter la perception de contrôle et les compétences de communication et de négociation et f) à améliorer l'attitude vers les premières relations coïtales. En résumé, la formation a montré son efficacité pour augmenter l'information, modifier des attitudes et fournir des ressources afin de manipuler les situations sexuelles potentielles de risque.

Sessions Parallèles 6 : Samedi 25 juin 9h-10h30

6A. Symposium Approches psycho-sociales des risques sanitaires proposé par Michel Morin

1. Thierry Meyer (**Université Paris 10 EA1588**)

Expériences subjectives et communication des risques

Contact : thierry.meyer@u.paris10.fr

Etre exposé à un message à propos d'un risque de santé suscite des expériences subjectives. Celles-ci sont depuis longtemps abordées sous l'angle émotionnel, elles impliquent aussi un angle cognitif et métacognitif. Ces expériences subjectives concernent les connaissances sur le risque lui-même (sentiment de connaître, facilité de rappel), les attitudes par rapport au risque (valence et ambivalence perçue), l'encodage des informations sur le risque (facilité de traitement, fluence perceptive), etc. Ces expériences subjectives sont importantes à considérer pour comprendre comment les messages de prévention sont plus ou moins élaborés dans tel ou tel contexte psychosocial. Fortement associées à la régulation de l'action, les expériences subjectives sont par ailleurs associées aux processus de changement engageant à s'exposer moins au risque. Les exemples puisés dans divers paradigmes expérimentaux porteront sur des domaines comme les risques associés au tabac, à l'exposition au soleil, à la pollution, au comportement alimentaire, etc.

2. Olivier Desrichard (**Université de Savoie**) Jean Baptiste Reignier (**Université de Savoie**)

Perception de la covariation des comportements-problèmes chez des adolescents.

Contact : desrichard@univ-savoie.fr

Des enquêtes mettent régulièrement en évidence une covariation des comportements-problèmes chez les populations d'adolescents. Par exemple, Jessor et Jessor (1976) ont identifié un cluster regroupant tabagisme, alcoolisme, sexe à risque et risque routier. D'autres études ont mis en évidence jusqu'à 5 clusters différents (Basen-Engquist, Edmundson, Parcel, 1996). Jusqu'à présent les concepts de la cognition sociale n'ont pas été appliqués à la compréhension de ce phénomène. Nous proposons l'idée que les clusters de comportements identifiés dans la littérature correspondent à des stéréotypes sociaux. Au sens de Andersen et Klatzky (1987), un stéréotype social est une catégorie identifiée par un label (l'introverti, l'intellectuel, le marginal...), regroupant des traits et des comportements, et permettant des inférences riches et rapides sur la personne à qui ce label est apposé. Nous avons soumis à un groupe de 207 adolescents 105 paires de comportements (ex : boire et fumer) en leur demandant d'estimer le nombre d'adolescents qui adoptent les deux comportements à la fois. Le calcul de l'indice d'Ellegard a permis de construire une matrice représentant la fréquence perçue de co-occurrences de chaque paire de comportements. Nous avons réalisé une classification hiérarchique sur cette matrice. Conformément à nos attentes, les résultats indiquent que la représentation des co-occurrences de conduites se structurent en 3 stéréotypes sociaux que nous avons pu labelliser grâce à des jugements portés par un groupe d'étudiants sur la nature normative ou contre-normative des comportements utilisés dans l'étude. Le stéréotype du "conventionnel" comprend des comportements non-sanctionnés par les adolescents et les adultes (faire du sport, écouter du rap, manger déséquilibré...). Le stéréotype du "fumeur de joint" est proche du premier mais s'en différencie par le fait qu'il inclue des comportements tolérés par les adolescents mais condamnés par les adultes (boire, fumer un joint...). Enfin le dernier stéréotype social, labellisé "sauvageon", s'oppose aux deux autres et rassemble des comportements sanctionnés à la fois par les adultes et par les adolescents (conduire sans permis, prendre des risques sexuels...). La présence de ces stéréotypes sociaux peut apporter un élément d'explication aux covariations observées dans la littérature entre les comportements problèmes : les adolescents se conformeraient à des profils de conduites en fonction du stéréotype social qu'ils valorisent ou qui est valorisé au sein de leur groupe de pairs.

3. Patrick Peretti-Watel (**INSERM U379**), Yolande Obadia (**INSERM U379, ORS PACA**) Jean Paul Moatti (**INSERM U379, Université de la Méditerranée**)

Comportements individuels face au risque sanitaire, quelques effets pervers de la prévention

Contact : moatti@marseille.inserm.fr

4. Thémis Apostolidis (Université de Provence Aix –Marseille I)

Penser la construction des risques sanitaires : le regard des représentations sociales

Contact : aposto@marseille.inserm.fr

La conceptualisation de la perception des risques sanitaires dans une perspective sociocognitive constitue un des enjeux majeurs des contributions psychosociales en psychologie de la santé. Parmi ces contributions, l'approche des représentations sociales offre un cadre pour penser la dynamique psychosociale en jeu dans la construction des risques sanitaires, notamment en les analysant en tant que relations entre l'état de santé et l'état social qu'à travers eux les individus et les groupes entretiennent avec les autres, le monde, l'ordre social. Pour illustrer le caractère opérationnel de cette piste de travail, nous nous appuierons sur différents exemples de travaux portant sur les représentations des risques dans les domaines de la sexualité et des usages de produits psychotropes. Les recherches présentées ont été réalisées selon les principes de la triangulation méthodologique (enquête qualitative/recherche quasi-expérimentale). Les principaux résultats permettent de mettre en évidence : a) la perception différenciée des risques en fonction des significations attribuées à la situation ; b) le filtrage de l'information concernant les risques à partir des représentations préexistantes des sujets. Nous discuterons les principes définissant le regard des représentations sociales dans le but d'étudier les aspects sociocognitifs en jeu dans la construction des risques relatifs à la santé et à la maladie (articulation système cognitif / métasystème social ; prise en compte de la double nature de la cognition –produit/processus- ; analyse en tant que forme de pensée narrative).

6B. Recherches méthodologiques en psychologie de la santé

1. Martine Batt (GRC-LPI (EA 1129) Université Nancy 2), Alain Trognon (GRC-LPI (EA 1129) Université Nancy 2), Elisabeth Luporsi (Centre Alexis Vautrin. Vandoeuvre les Nancy), Jennifer Laux (GRC-LPI (EA 1129) Université Nancy 2)

La consultation d'oncogénétique : contexte interlocutoire de la mise en scène des probabilités subjectives

Contact : m.batt@chu-nancy.fr

La situation que nous analyserons dans cette contribution est issue d'une consultation d'oncogénétique orientée vers le cancer du sein et de l'ovaire. Cette consultation a pour objectif d'accompagner une personne qui souhaite savoir si elle est prédisposée à développer un tel cancer au cours de sa vie. Révéler à une personne son statut génétique est une situation extrêmement délicate, au point que la loi préconise l'encadrement de cette démarche par une équipe pluridisciplinaire (généticien, oncologue, psychologue) qui, par ses compétences à la fois cliniques et génétiques, accompagne la personne à risque avant, pendant et après le test. En amont de l'annonce du diagnostic, la consultation prédictive a pour mission d'éclairer le demandeur du test génétique pendant la période pré-décisionnelle. A ce stade, il apparaît donc crucial qu'au fur et à mesure du déroulement itératif de la consultation en plusieurs étapes, et grâce à la relation qui s'établit avec l'équipe (Batt, 2003), la personne à risque comprenne non seulement les informations « scientifiques » liées aux probabilités de transmission génétique, mais aussi les conséquences subjectives et intersubjectives qui font suite à la révélation par le test. Outre l'acquisition d'un savoir mutuellement et progressivement construit avec les professionnels, c'est aussi à l'appropriation subjective des probabilités liées au risque (Tversky & Kahneman, 1980) et à leur négociation en interaction que nous nous intéresserons. Notre présentation s'enchaînera en deux mouvements sous l'éclairage d'une analyse interlocutoire (Trognon & Batt, 2003) : premièrement, à l'appui de résultats descriptifs issus d'une analyse en composantes principales, nous présenterons le contexte dans lequel se jouent les scènes interactives des « transferts » de savoirs de l'un à l'autre ; deuxièmement, nous examinerons plus particulièrement un exemple de tentative de modification des croyances d'une consultante par un professionnel. Références BATT, M. (2003). Analyse d'une pratique interlocutoire : la consultation médicale prédictive. Thèse de psychologie. Université Nancy 2. TROGNON, A. & BATT, M. (2003) Comment représenter le passage de l'Intersubjectif à l'Intrasubjectif ? Essai de Logique Interlocutoire. L'Orientation Scolaire et Professionnelle, 32, 3, 399-436. TVERSKY, A. & KAHNEMAN, D. (1981) The framing of decisions and the psychology of choice, Science, 211, 453-458.

2. Bruno Quintard (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Carine Segrestan (Université Victor Segalen Bordeaux 2), Sandrine Tastet (Hôpital du Haut Lévéque, Pessac), Florence Gélie (Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Construction et validation d'un questionnaire évaluant les réactions de stress liées à l'annonce d'une biopsie mammaire

Contact : bruno.quintard@free.fr, Bruno.Quintard@u-bordeaux2.fr

Introduction. La généralisation du dépistage de masse ou sur prescription individuelle induit un nombre croissant de biopsies chirurgicales mammaires qui sont parfois considérée, à tort, comme un geste technique de routine. L'annonce de la biopsie, même si le diagnostic histologique confirme ensuite la bénignité, est particulièrement anxiogène (Scott, 1983 ; Weinman, 1988). L'objectif de cette recherche est de construire et de valider un questionnaire permettant d'évaluer le stress lié à une telle annonce. Méthode. 18 patientes en attente d'une biopsie mammaire ont participé à un entretien semi-directif organisé autour de la question suivante : « On vous a appris que vous deviez avoir une biopsie mammaire. Quelles ont été vos réactions pendant l'entretien avec le médecin, à l'issue de l'entretien, dans la période d'attente de la biopsie ? ». Une analyse de contenu des réponses des sujets a permis de dégager 3 grands domaines de réactions : celles liées à l'annonce de la nécessité d'une biopsie, celles associées au geste chirurgical, celles concernant le résultat de la biopsie. A partir des réponses des sujets et des sous-catégories mises en évidence, un questionnaire de 36 items a été construit puis complété par 174 femmes en attente d'une biopsie mammaire. Résultats. Une ACP, suivie de rotations varimax, a mis en évidence trois facteurs qui rendent compte de 43,85% de la variance totale. Le premier facteur (9 items ; 19,43% de la VT ; $\alpha = 0,85$) peut être interprété comme un facteur de préoccupations anxieuses (ie : « c'est le résultat qui me fait le plus peur »). Le facteur 2 (10 items ; 16,05% de la VT ; $\alpha = 0,78$) peut être défini comme un facteur de troubles comportementaux et d'inquiétudes liés à l'intervention (ie : « j'ai peur qu'on ne m'abîme le sein »). Le facteur 3 (5 items ; 10,69% de la VT ; $\alpha = 0,69$) correspond à la peur de l'anesthésie (ie : « j'ai peur de ne pas me réveiller »). Conclusion Cet outil devrait permettre de mieux apprécier l'impact différentiel de l'annonce d'une biopsie mammaire sur le vécu des patientes avant et après l'examen, et d'adapter au mieux la prise en charge de ces sujets.

3. Monique Robin (CNRS UMR 8069 Université Paris 5), Annie Matheau-Police (Laboratoire de Psychologie Environnementale), Eugénia Ratiu (CNRS UMR 8069, Université Paris 5), Anne-Marie Lavarde (CNRS UMR 8069, Université Paris 5)

Construction d'une échelle d'évaluation des stresseurs de la vie quotidienne en milieu urbain

Contact : monique.robin@univ-paris5.fr

Dans la perspective des recherches sur les stresseurs environnementaux et sur l'évaluation de la qualité environnementale en milieu urbain (Evans & Cohen, 1987 ; Moser, 1992 ; Pacione, 2003) nous nous sommes appuyées sur les travaux développés dans le domaine du stress de la vie quotidienne (Kanner et al., 1981) pour construire un instrument original inventoriant les situations courantes de la vie urbaine susceptibles d'être perçues comme potentiellement stressantes. Une étude pilote a d'abord été réalisée à partir des réponses de 40 citoyens à deux questions ouvertes concernant leur expérience de stress lié à leur mode de vie. Elle a permis de générer une première liste de 86 situations caractéristiques du milieu urbain, regroupées en six catégories conceptuelles de stressors : 1) Contraintes spatio-temporelles, 2) Non-respect des normes sociales, 3) Densité humaine, 4) Nuisances physiques et humaines, 5) Aménagement et maintenance, 6) Eléments climatiques. Une deuxième étape a été de vérifier si les situations répertoriées s'appliquaient bien à la diversité des aires urbaines françaises. Nous avons testé cette première liste d'items auprès de 163 résidents urbains répartis dans trois sous-échantillons (Paris intra-muros, banlieue parisienne, grandes villes de province), à qui nous avons demandé jusqu'à quel degré ces situations concernaient leur ville. Une troisième étape a consisté à tester une version ramenée à 68 items auprès d'un large échantillon de citoyens couvrant les principaux critères sociodémographiques (sexe, âge, CSP) sur l'ensemble des départements français possédant au moins une ville de plus de 100 000 habitants. Les réponses de 932 sujets ont permis de déterminer les situations urbaines considérées comme les plus stressantes et de calculer un score global de gêne environnementale perçue. Les analyses factorielles sont en cours de réalisation afin de dégager les sous-dimensions des stressors urbains. Une fois validé, cet outil permettra de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'impact des stressors environnementaux liés au mode de vie urbain constituerait un facteur prédictif de la santé et du bien-être psychologique, à côté des autres sources de stress rencontrées par l'individu dans sa vie quotidienne.

4. André Quaderi (Université de Provence Aix-Marseille 1, Laboratoire de psychopathologie clinique et psychanalyse), Séverine Halimi (Université de Provence Aix-Marseille 1 Laboratoire de psychologie sociale), Robert-Vincent Joule (Université de Provence Aix-Marseille 1, Laboratoire de psychologie sociale)
Une application de la théorie de l'engagement en maison de retraite

Contact : severinehalimi@free.fr

Selon Pellissier (2003, p. 67), « on est passé à côté de l'une des conséquences de la retraite et de la vieillesse, source de nombreuses pathologies, physiques et psychiques : l'inactivité forcée, le désœuvrement, l'inutilité, la désocialisation, l'ennui ». Les aspects psychosociaux jouent un rôle fondamental dans le maintien ou dans l'effondrement de l'identité de l'âge : la disparition des rôles sociaux de l'âge entraîne non seulement une mort sociale, mais aussi une détérioration de l'image de soi, une perte de l'envie de vivre, et, parfois, une entrée en maladie. Comment compenser la disparition de ces rôles ? Pour répondre à cette question, certaines maisons de retraite proposent à leurs résidents de participer à des animations : plus qu'une simple occupation du temps, ces animations permettent aux résidents de retrouver un rôle social, en favorisant notamment l'émergence et le maintien d'échanges interpersonnels. Or, selon Paillat (1982), près de 56 % ne participent jamais (ou presque jamais) aux animations proposées, alors qu'elles pourraient le faire. Notre recherche se situe à la croisée des champs clinique et social. Sachant que les procédures d'engagement (cf. Kiesler, 1971 ; Joule & Beauvois, 1998, 2002) sont de puissantes procédures de mobilisation, nous avons supposé qu'elles pourraient s'avérer utiles pour amener les résidents d'une maison de retraite à participer aux animations proposées. Procédure : Quarante résidents de la maison de retraite Saint-Jean (La Fare-les-Oliviers) ont pris part à la recherche. Deux groupes appariés ont été constitués sur la base du Mini Mental State Examination de Folstein. Dans une première phase de la recherche, nous proposons à l'ensemble des résidents de participer à l'animation « lecture du journal » : sans engagement (semaine 1), suite à un engagement (semaine 2), puis de nouveau sans engagement (semaine 3). Dans une seconde phase de la recherche, nous proposons aux résidents de participer à une autre animation : « atelier mémoire ». Les résidents étaient d'abord (semaine 1) tous sollicités sans engagement. Puis (semaine 2), la moitié d'entre eux étaient engagés, l'autre moitié ne l'étant pas. Enfin, les résidents étaient à nouveau tous sollicités, sans engagement (semaine 3). Les sujets engagés (VI) étaient, d'une part, déclarés libres de participer ou non à l'animation (procédure du « mais vous êtes libre de »), d'autre part, touchés au bras (procédure du « toucher »), par le psychologue de l'institution. Nous mesurons chaque fois l'intention manifestée par les résidents, de participer ou non à l'animation proposée (VD1), et la participation effective des résidents à l'animation (VD2).

Les résultats montrent l'efficacité des procédures d'engagement : les résidents engagés sont significativement plus nombreux 1/ à manifester l'intention de participer aux animations ; 2/ à participer effectivement aux animations proposées. Les résidents engagés sont en outre plus consistants : lorsqu'ils manifestent leur intention de participer, ils sont plus nombreux à se comporter comme leur intention le donne à attendre. Si l'engagement peut se maintenir lorsqu'il est répété, nous n'observons cependant d'effets à long terme, que sur la variable consistance.

5. Isabelle Probst (Université de Lausanne, Suisse)

Le syndrome du canal carpien, une maladie professionnelle? Représentations sociales de la maladie, reconnaissance et identité

Contact : Isabelle.Probst@unil.ch

Le syndrome du canal carpien est une maladie particulièrement répandue dans certains métiers de l'industrie, comme le montage et l'emballage, ou des services, comme le secrétariat et l'informatique. Liée en partie aux mouvements répétitifs, elle touche en majorité des femmes. Contrairement à d'autres maladies, l'étiologie du syndrome du canal carpien donne lieu à une vive controverse dans la communauté scientifique médicale, notamment en ce qui concerne le rôle et le poids des facteurs professionnels. Cette controverse existe aussi sur les plans de la loi et des assurances, où sont discutés les critères de reconnaissance du syndrome du canal carpien comme maladie professionnelle. De multiples acteurs sociaux prennent part à ce débat (médecins, employeurs, assureurs, syndicats, etc.) et les personnes touchées sont donc confrontées à divers discours partiellement contradictoires sur les causes de leur maladie. Partant de cet état des lieux, la recherche que nous présenterons a pour but d'analyser et de comparer ces différents discours. Il s'agit en particulier d'examiner comment la confrontation de ces discours contribue à créer certaines représentations socialement partagées de la maladie. Nous appuyant sur des données obtenues par entretiens semi-directifs, nous analyserons ici les discours d'ouvrières atteintes concernant les causes de leur maladie. Adoptant une conception dialogique des représentations sociales, nous partirons du principe que les représentations et points de vue ne se manifestent pas seulement dans les contenus évoqués, mais également dans leur mise en discours. Nous montrerons que les discours des ouvrières sont le fruit de dialogues réels ou imaginaires, répondant à d'autres discours et adressés à des destinataires présents (l'interviewer) ou absents. Rejoignant la thèse selon laquelle les représentations sociales reflètent et régulent à la fois le rapport aux autres et au monde social, cette démarche permet, selon nous, de révéler certains enjeux identitaires qui apparaissent dans les discours. Nous faisons l'hypothèse que dans le cas du syndrome du canal carpien, ces enjeux identitaires sont en partie liés à la question de la reconnaissance de la maladie comme maladie professionnelle.

1. Corinne Mazé (Université de Paris10), Jean François Verlhac (Université de Paris 10)
Stress chez les étudiants de première année: facteurs prédictifs et stratégies de coping
Contact : Corinne.Maze@u-paris10.fr, jean-francois.verlhac@u-paris10.fr

Cette étude cherche à explorer le rôle de facteurs situationnels et dispositionnels prédictifs des stratégies de coping privilégiées par des étudiants de première année confrontés ou non à des événements de vie stressants. 150 étudiants ont rempli un questionnaire de tracas quotidiens, de personnalité (névrosisme:NEO-PI-R; optimisme et pessimisme dispositionnels :LOT-R) de soutien social perçu (satisfaction vis-à-vis de l'aide procurée par l'entourage) et de stratégies d'ajustement ou coping. Nous avons également relevé leurs habitudes de consommation tabagique. Les tracas quotidiens (stress perçu) ont un rôle important dans la manifestation de stratégies de coping centrées sur les émotions. Les étudiants qui usent de stratégies de coping centrées sur les problèmes déclarent moins de situations vécues comme stressantes. Les facteurs de personnalité (névrosisme et optimisme) interviennent également fortement dans l'usage préférencé d'un certain type de stratégies de coping. Plus précisément, les étudiants qui ont des scores élevés à l'échelle de névrosisme (dont la timidité s'avère être le facteur prédictif) et/ou à la mesure du pessimisme utilisent préférentiellement des stratégies de coping centrées sur les émotions. Inversement, les étudiants aux profils optimistes et/ou qui ont des scores bas à l'échelle de névrosisme utilisent plutôt des stratégies de coping centrées sur les problèmes. Par ailleurs, seuls les étudiants qualifiés d'optimistes recherchent plus volontiers du soutien social. Globalement, le soutien social, lorsqu'il est perçu qualitativement satisfaisant, favorise la centration des étudiants sur la résolution des problèmes. Le niveau de tabagie des étudiants participe également au recours à des stratégies de coping centrées sur les émotions. En définitive, le coping centré sur les problèmes est corrélé positivement avec l'optimisme, le soutien social et négativement avec les tracas quotidiens et le névrosisme. Inversement, le coping centré sur les émotions est corrélé positivement avec les tracas quotidiens, le pessimisme, le névrosisme et le tabagisme. Ces résultats sont réintégrés en discussion au travers du modèle intégrateur proposé par Bruchon-Schweitzer (2002). Nous poursuivons cette étude actuellement en mettant en lien d'un côté l'usage d'un type de coping privilégié et de l'autre le bien être psychologique et physique ainsi que les performances académiques des étudiants. Les premiers résultats sont encourageants.

2. Cécile Dantzer (Université de Savoie, laboratoire de Psychologie Clinique), Joël Swendsen (Université Bordeaux 2), Sylvie Maurice-Tison (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université Bordeaux 2), Roger Salamon (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université Bordeaux 2)

Attribution causale et soutien social perçu chez des adolescents atteints d'asthme ou de diabète : une étude comparative et longitudinale
Contact : Cecile.Dantzer@univ-savoie.fr

Les objectifs de cette étude sont de 1) déterminer l'attribution causale de la santé et le soutien social perçu chez des adolescents atteints d'asthme et de diabète versus témoins ; et 2) décrire l'association possible de ces facteurs sur l'évolution de la maladie un an après. Une étude longitudinale a impliqué soixante-quatre adolescents atteints d'asthme ou de diabète de type 1 qui ont été comparés à des adolescents non malades recrutés dans des collèges, appariés sur l'âge et le sexe de chaque adolescent malade. Un auto-questionnaire composé de données sociodémographiques, contextuelles et psychologiques était rempli à l'inclusion et un an après. De plus, des données médicales ont été recueillies auprès des médecins incluant les patients. Les résultats transversaux montrent que les adolescents asthmatiques déclarent que leur santé dépend moins d'eux et plus de l'environnement que les autres adolescents. Le soutien social ne semble pas jouer de rôle discriminant. Les résultats prospectifs montrent que deux variables, ajustées sur l'âge, le sexe et le délai de suivi médical, sont associées de manière significative à l'évolution de la maladie : le fait de déclarer que la santé dépend de ses amis est associé à un risque d'aggravation de la maladie. De plus, un niveau de satisfaction bas par rapport au soutien social obtenu est associé à un risque d'aggravation de la maladie. Le rôle de variables psychologiques, autres que l'anxiété et la dépression, dans le devenir des adolescents malades est mis en évidence. L'ensemble de ces résultats fournit des indications sur les modalités de prise en charge des adolescents malades chroniques.

3. Lydia Fernandez (Université de Provence, Aix Marseille I), Agnès Bonnet (Université de Provence, Aix Marseille I), Jean Louis Pedinielli (Université de Provence, Aix Marseille I), M.J. Apter (Georgetown University), Marie France Teyssier (Université Toulouse)

Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens

Contact : fernandez.lydia@free.fr

Des recherches réalisées auprès d'anciens fumeurs et d'adolescents fumeurs montrent d'une part l'existence d'un lien entre le tabagisme et certains états métamotivationnels (paratélique, d'opposition, de maîtrise, de sympathie) et insistent d'autre part sur les influences de ces états métamotivationnels. Ces considérations théoriques nous ont conduit dans le cadre de cette étude à formuler et à tester les hypothèses suivantes : - il existe une relation entre les états métamotivationnels et le tabagisme des adolescents ; - il existe un effet significatif de certains états métamotivationnels (paratélique, d'opposition, de sympathie) sur tabagisme des adolescents. La population est composée de 31 adolescent(e)s lycéens fumeurs et de 31 adolescent(e)s lycéens non fumeurs âgés de 15 à 17 ans. Les instruments utilisés sont : - Le test de Fagerström (test de dépendance physiologique à la nicotine) ; - le test de dépendance psychologique et comportementale au tabac ; - l'échelle des styles métamotivationnels d'Apter. Les résultats montrent qu'il existe : - une relation entre l'intensité (forte ou moyenne) de certains états métamotivationnels (paratélique, d'opposition, de sympathie) et l'intensité (forte ou moyenne) de la dépendance psychologique et comportementale au tabac ; - une relation entre l'intensité (forte ou moyenne) de certains états métamotivationnels (télique, conformiste, maîtrise) et le fait d'être non fumeur ; - un effet significatif de certains états métamotivationnels (paratélique, d'opposition, de sympathie) sur le tabagisme des adolescents lycéens. Ainsi pour les adolescents, l'état paratélique s'articule aux fonctions sensorielles, l'état d'opposition aux fonctions transgressives et l'état de sympathie aux fonctions sociales du tabagisme.

4. Alexandra Latron Gorsse (Centre Universitaire Champollion), Florence Sordes-Ader (Université Toulouse II le Mirail)

Stress et déficience sensorielle

Contact : alexandra.gorsse@wanadoo.fr

Les difficultés quotidiennes dues à la déficience sensorielle sont nombreuses. Cependant, les adolescents déficients sensoriels vivent ces situations depuis leur enfance et apprennent donc à gérer le stress très tôt. Les adolescents témoins, quant à eux, sont confrontés à des situations qui peuvent leur échapper et générer ainsi du stress. Nous supposons alors que le niveau de stress des adolescents déficients témoins est supérieur à celui des adolescents déficients sensoriels. Cependant, nous nous attendons à ce que les adolescents déficients visuels soient plus stressés que leurs pairs déficients auditifs, les premiers étant plus amenés à vivre des expériences stressantes au quotidien (déplacements par exemple). Afin d'évaluer le niveau de stress, nous nous référons à l'Echelle Toulousaine de Stress, élaborée dans le cadre d'une recherche collective. Cette échelle permet d'évaluer "l'état de stress" d'un sujet en mettant l'accent sur les aspects psychologiques du stress ainsi que sur les sentiments qu'un sujet stressé peut éprouver. Notre population est composée de 271 adolescents déficients sensoriels âgés de 12 à 18 ans dont 113 filles et 158 garçons se répartissant de la façon suivante : 138 adolescents déficients auditifs (68 filles et 70 garçons) ; 133 adolescents déficients visuels (45 filles et 88 garçons). Etant comparative, notre étude inclut la présence d'un groupe contrôle. En effet, chacun des adolescents déficients sensoriels a été apparié par âge et par sexe à un pair dit "témoin". Nos résultats indiquent que les adolescents déficients sensoriels se disent moins stressés que leurs pairs du groupe témoin : les moyennes sont significativement supérieures chez ces derniers et ce pour toutes les dimensions du stress. Ainsi, face à une situation difficile, le groupe témoin présente davantage de symptômes physiques, psychiques et de stress global que les adolescents déficients sensoriels. Par ailleurs, nous avons effectué des analyses entre nos deux populations déficientes sensorielles. Ces résultats révèlent un niveau de stress supérieur chez les adolescents déficients visuels. Par ailleurs, nous nous proposons d'analyser l'effet de certaines caractéristiques propres à la déficience (degré de déficience, mode de scolarisation,...) sur le niveau de stress.

5. Emilie Boujut (Équipe de Psychologie de la Santé, Laboratoire EA 3662, Université de Bordeaux 2), Marilou Bruchon-Schweitzer (Équipe de Psychologie de la Santé, Laboratoire EA 3662, Université de Bordeaux 2), Nicole Rascle (Équipe de Psychologie de la Santé, Laboratoire EA 3662, Université de Bordeaux 2)

Troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année de faculté : prévalence et liens avec la personnalité, le syndrome dépressif et la consommation de substances psycho-actives. Une étude transversale.

De nombreuses études ont montré que les troubles des conduites alimentaires et en particulier la boulimie, sont fréquents chez les 18-20 ans. On observe notamment ce phénomène dans la population étudiante entrant à l'université. Ceci se comprend dans la mesure où la première année de faculté constitue une période de changement de vie, de séparation et de solitude. L'échelle EAT-26 (Eating Attitude Test) a été administrée à environ 1000 étudiants de toutes disciplines, en première année de faculté et âgés de 17 à 22 ans, afin d'évaluer leur score total de TCA (troubles des comportements alimentaires) ainsi que leurs scores sur trois composantes plus spécifiques de ces troubles (comportements boulimiques, contrôle alimentaire, restriction cognitive). Nous souhaitons étudier les liens qui existent entre ces conduites et diverses caractéristiques de la personnalité : le névrosisme et ses six facettes (impulsivité, vulnérabilité, timidité sociale, hostilité-colère, dépression) seront évalués par le NEO-PI-R, l'estime de soi par le questionnaire de Rosenberg (1979), l'auto-efficacité par l'échelle de Jerusalem et Schwarzer (1992), l'image du corps par le QIC de Bruchon-Schweitzer (2000) et la dépression grâce à une version abrégée du BDI (Beck, 1974). Ceci nous permettra de mettre en évidence les liens existant entre la dépression et les troubles des comportements alimentaires. Les mêmes étudiants répondant à l'échelle de consommation de substances de l'OMS (ASSIST), nous pourrions étudier les relations entre les troubles des conduites alimentaires et les conduites addictives. Les résultats seront donc traités de façon corrélationnelle (voir ci-dessus), mais aussi comparative (étudiants-étudiantes ; filières), ceci sur l'ensemble des variables. Nous appliquerons enfin une analyse discriminante à toutes les variables de notre étude, afin de découvrir ce qui différencie les sujets ayant des notes supérieures à la note seuil de l'EAT-26 (Garner et Garfinkel, 1979) des autres sujets.

6D. Qualité de vie

1. René Bobet (Institut de Psychologie, Université Paris V), Julie Charvet (étudiante EPP), Anne-Sophie Sallé (étudiante EPP), Ayman Aboulabdeh (Neuropédiatre Melun), Thibaut (Pédiatre Melun)

La qualité de vie subjective des parents d'un enfant épileptique ou diabétique

Contact : rene.bobet@univ-paris5.fr

La prise en compte de la qualité de vie des patients souffrant d'une maladie chronique est un enjeu majeur de santé publique. Elle est primordiale lorsqu'il s'agit d'un enfant. Peu de recherches systématisées ont envisagé l'évaluation de la qualité de vie subjective des parents d'un enfant souffrant d'une maladie chronique. L'intérêt est récent en France par rapport aux pays anglo-saxons ou nordiques où les cliniciens et les chercheurs disposent de nombreuses échelles génériques et/ou spécifiques pour évaluer la qualité de vie des patients chroniques. Cette recherche clinique s'intéresse à la perception subjective de la qualité de vie par les parents d'un enfant épileptique (épilepsie idiopathique bénigne), ou diabétique (DID). Un entretien de recherche approfondi est réalisé avec chacun des parents participant à la recherche (15 couples d'un enfant épileptique ; 10 couples d'un enfant DID). L'entretien porte sur l'histoire de la maladie de l'enfant et sur l'incidence de l'apparition d'une maladie chronique sur la qualité de vie de la famille. Les entretiens enregistrés et retranscrits sont soumis à une analyse de contenu thématique et à une analyse de discours informatisée (logiciel Tropes). L'exposé se propose de présenter les premiers résultats de cette recherche.. Des problématiques similaires peuvent être dégagées : l'apparition de la maladie est vécue par la famille comme une véritable rupture; elle est source d'inquiétude du fait de la prise de conscience de la chronicité de la maladie. Le vécu de la temporalité présente aussi certaines similitudes : maladie cachée, invisible, évoluant par crises dans l'épilepsie, crainte des malaises hypo ou hyperglycémiques dans le DID. Les contraintes alimentaires quotidiennes et la surveillance impliquée par le traitement dans le DID, la vigilance accrue, voire l'interdiction de certaines activités dans l'épilepsie et la prise quotidienne d'un traitement, présentent la maladie aux yeux de l'enfant et de sa famille, altérant la qualité de vie et les relations familiales. Ces problématiques prennent aussi une tonalité subjective et psychosociale différente : une certaine stigmatisation reste liée à l'épilepsie par rapport au DID, des possibilités d'étayage par l'éducation à la maladie sont plus manifestes dans le DID.

2. Marie-Chantal Hell (Université Paul-Verlaine de Metz), Laetitia Godefroy (Université Paul-Verlaine de Metz), Elise Marchetti (Université Paul-Verlaine de Metz), Dr Souris (Centre Félix Maréchal Metz), Dr Ross (Centre Saint Luc Abreschviller), Elisabeth Spitz, (Univerzité de Metz)

Qualité de vie des patients en réadaptation cardiaque - Effets des facteurs psychosociaux et des stratégies d'ajustement à la maladie

Contact : marie-chantal.hell@wanadoo.fr

Objectif : Comprendre les rôles de facteurs psychosociaux sur la qualité de vie des patients lors de la réadaptation cardiaque. Méthode : Population : 124 patients souffrants de cardiopathies ischémiques, soumis à un programme de réadaptation cardiaque au Centre Félix Maréchal de Metz, ainsi T1 qu'au Centre Saint Luc d'Abreschviller. Les patients sont évalués à: Echelle T2 (6 mois après). Evaluations : (pendant la réadaptation cardiaque) Evaluation de la d'anxiété-dépression (HAD) de Zigmond et Snaith (1985) Questionnaire de soutien personnalité de type D (DS-14) de Denollet (1996) Questionnaire d'auto-efficacité généralisée de social (SSR) de Sarason (1983) Echelle de coping spécifique aux patients coronariens (CQCP) Schwarzer (1993) Questionnaire de qualité de vie après infarctus du myocarde de Maës (1998) (QLMI) de Hillers (1994) Résultats : 1. Au temps T1 : L'auto-efficacité et un soutien social satisfaisant, favorisent l'adoption de stratégies d'adaptation centrées sur l'optimisme et l'évitement. Concernant le coping centré sur le problème, seule l'auto-efficacité y participerait. Les stratégies les plus adaptées sont le coping centré sur le problème, l'optimisme et le coping évitant. Par contre, le type D apparaît comme un facteur pathogène, en inhibant les stratégies d'adaptation protectrices, et en renforçant l'anxiété et la dépression. Evolution entre T1 et T2 Les scores d'anxiété et de dépression sont identiques pendant la réadaptation cardiaque et 6 mois après. Il semblerait que les patients aient moins de stratégies de recherche de soutien social à T2. La confiance en soi est améliorée, par contre, la perception du fonctionnement social est moindre. Conclusions : Les résultats montrent qu'une symptomatologie anxio-dépressive et une personnalité de type D sont des facteurs de risque d'une qualité de vie moindre. L'auto-efficacité et la satisfaction du soutien social auraient un rôle protecteur en renforçant les stratégies d'adaptation centrées sur le problème, l'évitement et l'optimisme. Lesquelles favoriseraient une meilleure qualité de vie en réduisant l'anxiété et la dépression des patients. Perspectives : Une étude longitudinale est en cours, avec une évaluation: T1: pendant la réadaptation cardiaque, T2: 6 mois après et T3: 1 an après la réadaptation cardiaque.

3. Marie-Claude Dolleans (Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris), Etienne Grosdidier (Service d'Hépatogastro-Entérologie, HEGP, Paris), Dominique Rault (Service d'Hépatogastro-Entérologie, HEGP, Paris), Christophe Cellier (Service d'Hépatogastro-Entérologie, HEGP, Paris), Silla M. Consoli (Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris)

Facteurs associés et variables prédictives de la Qualité de Vie à 1 an dans la maladie cœliaque

Contact : silla.consoli@hop.egp.aphp.fr

Etat des lieux : La maladie cœliaque (MC) fait partie des syndromes de malabsorption du grêle et se traduit surtout par des symptômes digestifs divers. Le régime sans gluten, source de contraintes variables et instauré à vie, fait régresser les symptômes et permet d'éviter les complications malignes de la maladie (lymphome) et les conséquences des carences nutritionnelles (ostéoporose). Objectifs : Décrire la Qualité de Vie (QV) de ces patients et en explorer les déterminants, à partir de données relevées simultanément et un an auparavant. Méthodes : Sur 60 patients initialement inclus, 44 (8 hommes et 36 femmes ; âge moyen $37,0 \pm 13,6$ ans) ont accepté de répondre, un an plus tard, à divers questionnaires, notamment le SF-36 (QV), le HAD-S (anxiété, dépression) et le GSRS (symptômes gastro-intestinaux) ; les patients avaient également rempli un an auparavant le WCC (coping). Résultats : Les scores moyens des composantes physique et psychique du SF-36 sont de $51,2 \pm 7,2$ et de $26,4 \pm 6,4$, évoquant une altération majeure (plus de deux écart-types) de la composante psychique par rapport aux données disponibles en population générale. Respectivement 15,9% et 47,7% des sujets peuvent être considérés comme dépressifs ou anxieux d'après le HAD-S (scores > 8). 75% des sujets disent respecter strictement leur régime. La non observance ne prédit qu'une partie des symptômes gastro-intestinaux (symptômes d'indigestion : $p < 0,03$), mais n'est pas liée à la QV. Le score au GSRS est lié positivement à l'anxiété et à la dépressivité et négativement à la QV ; il est prédit par la dépressivité mesurée un an auparavant ($r = 0,39$; $p = 0,009$). La composante psychique de QV est corrélée positivement au recours à un coping centré sur le problème, mesuré un an auparavant ($r = 0,31$; $p < 0,04$). Conclusion : La MC et ses contraintes thérapeutiques semblent avoir un impact essentiellement sur la composante psychique de la QV, quelle que soit la qualité de l'observance du régime. L'existence d'un humeur dépressive prédit la tendance ultérieure à des plaintes diverses concernant le fonctionnement digestif, alors que le recours à un coping centré sur le problème préserve l'altération ultérieure de la QV.

4. Claude De Tyche (Université Nancy 2), Elisabeth Spitz (Université de Metz), Serge Briançon (Université de Nancy 1 Henri Poincaré), Joelle Lighezzolo (Université Nancy 2), Bernard Kabuth (Université Nancy 2), Aurore Rosati & Françoise Girvan (Université Nancy2), Christelle Messembourg & Valérie De Luigi (Université de Metz), Audrey Thockler & Stéphanie Vincent (Université Nancy 2)

Dépression postnatale, qualité de vie et sexe du bébé

Contact : detychey@univ-nancy2.fr

1. Objectifs Ce travail s'intègre dans une recherche plus vaste sur la prévalence et la prévention des dépressions périnatales (de Tyche-Spitz-Briançon et al 2004.) Cette communication se propose de présenter les différences en matière de qualité de vie des jeunes mères évaluées d'une part en fonction de leur statut clinique (absence de dépression, dépression modérée ou sévère), d'autre part en fonction du sexe de leur bébé (cette variable n'ayant pas fait l'objet d'études dans la littérature antérieure passée en revue) 2. Méthodologie Cohorte de 181 mères évaluées par l'EPDS, le GHQ 12 et le SF 36 entre 4 et 8 semaines après la naissance de leur bébé (94 garçons et 87 filles) 3. Résultats * Le taux de dépressions postnatales sévères relevé (9,1%) est assez proche de celui enregistré dans certains pays d'Europe Occidentale comme l'Ecosse par exemple (Evans et al 2001) * Les différents sous-groupes étudiés ne diffèrent pas du point de vue du nombre de complications obstétricales et du désir de grossesse * Effondrement de toutes les dimensions de la qualité de vie chez les mères dépressives * Altération plus marquée de plusieurs dimensions de la qualité de vie chez toutes les mères quel que soit leur statut clinique (déprimé ou non déprimé) en cas de naissance d'un garçon 4. Conclusion * Des hypothèses explicatives à partir d'un cadre psychodynamique sont proposées, élaborées partiellement en liaison avec l'impact démontré plus important de la dépression maternelle sur le garçon (Grace et al. 2003) * des pistes de recherche et stratégies préventives visant à faciliter la construction de la parentalité sont suggérées.

Abstract book des posters

Session Interactive de Posters I - Jeudi 23 juin -	4
Trouble(s) psychopathologique(s)	4
De l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale : réflexion sur la réadaptation dans la psychose.....	4
Les problèmes de prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs	4
L'appréhension à écrire des étudiants et ses conséquences	5
Impact de la prise d'opiacé sur les troubles de la personnalité	5
Sur le chemin des thérapies "par le pardon" : la théorie du renversement, implications pour la santé physique et mentale.....	6
Etude longitudinale des relations entre la symptomatologie physique dans la sclérose en plaques et la dépression..	6
Phénomènes émotionnels chez des sujets adultes anxieux et/ou dépressifs : Étude exploratoire des relations entre affectivité négative, intensité émotionnelle et alexithymie.....	7
Psoriasis, alexithymie et non-représentation.....	7
Évaluation de l'impact d'une séance d'imagerie mentale sur l'évolution des patients ayant des troubles de l'humeur	8
La propension à pardonner et la solitude chez les adolescents	8
Méthodologie en psychologie de la santé	9
Construction d'un outil d'évaluation des affects de type circumplexe en langue française.....	9
L'analyse qualitative comme méthode de recherche face à la problématique du traumatisme psychique.	9
Intérêts et méthodes d'analyses des données de type circumplexe dans le domaine de la psychologie de la santé : comparaisons des méthodologies employées sur des données relatives à la personnalité et aux émotions.	10
Révision française de l'échelle d'ajustement dyadique	10
Validation française de l'échelle Asthma Coping List (ACL). Echelle de mesure des stratégies de coping spécifiques à l'asthme	11
Analyser la qualité des outils en éducation pour la santé.....	11
Les Croyances vis-à-vis des Conséquences de l'Infection à VIH Construction et Etude de la Validité d'une Echelle : l'ECC-VIH.....	12
Validation de la traduction française de l'échelle de qualité de vie WHOQOL-HIV élaborée par l'OMS auprès d'un échantillon de personnes infectées par le VIH et sous traitement.....	12
Qualité de vie et psoriasis : analyse thématique catégorielle de 50 entretiens exploratoires et construction d'un questionnaire français.	12
Sport et santé.....	14
Réduction de la symptomatologie dépressive par le perfectionnement de la condition physique aérobie et un renforcement de la cohésion sociale auprès d'adhérents à un club de remise en forme : une étude randomisée.	14
L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied-bot	14
Le risque perçu et l'expérience émotionnelle comme éléments modulateurs des interactions entre pratiques et représentations : comparaison entre pratiquants et non pratiquants d'un sport à risque.....	15
Évaluation des processus psychologiques mis en place chez des femmes et hommes des sportifs de haut niveau..	15
Sport et santé : une relation ambiguë.....	16
Facteurs de risques des pratiques des conduites addictives chez des adolescents sportifs de niveau sub élite coureurs de demi-fond dans la région Nord – Pas de Calais.....	16
Cancer.....	17
La satisfaction des patients atteints d'un cancer en traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire : Première étape dans l'étude multicentrique des propriétés psychométriques du questionnaire de satisfaction PATSAT-35.....	17
Cancer : de la rupture à la soudure psychique	17
Construction d'un questionnaire de soutien social pour patients atteints d'un cancer et leur partenaire	18
Rôle de certains facteurs psychologiques et sociaux sur l'ajustement à une biopsie chirurgicale mammaire et au diagnostic de cancer du sein	18
Que pense la famille de la prise en charge relationnelle et émotionnelle de ses proches ? : Étude pilote en oncologie thoracique	19
Etude des effets dépressogènes des immunothérapies chez des patients atteints de cancers du rein métastatiques.	19
Formation à la communication et à la gestion du stress d'assistants spécialistes en oncologie : une étude randomisée évaluant l'impact sur le niveau de stress des médecins	20
Gestion de l'incertitude face aux risques de cancer et aux risques de prédisposition génétique.....	20
Participation des patients aux essais cliniques : Approche psychosociale en cancérologie.....	21
Problématiques des pathologies chroniques et éducation à la santé.....	22
L'annonce du diagnostic en éducation thérapeutique du patient : Une étape difficile à franchir pour tous	22
L'entretien pluridisciplinaire en consultation de la douleur chronique : analyse interlocutoire	22

Les difficultés d'adaptation face à l'insuffisance rénale chronique terminale : de la suradaptation à la non observance.	23
Lombalgie chronique chez le personnel soignant et médico-technique : premiers résultats d'une étude longitudinale	23
Facteurs psychosociaux du vécu de la douleur chronique	24
Mal de dos, ouvrons le dialogue Un outil d'intervention en éducation pour la santé.....	24
Etude des styles défensifs, des marqueurs langagiers et de protocoles rorschach chez dix personnes séropositives sous traitement	24
L'acceptabilité de la rupture du secret médical dans le cas d'un patient atteint du sida et dangereux pour sa partenaire	25
Analyse psychométrique des facettes émotionnelles du bien-être subjectif	26
Chirurgie esthétique et qualité de vie.....	26
Chirurgie esthétique, anxiété et qualité de vie subjective avant et 4 mois après opération.....	27
Qualité de vie chez les sujets en attente de traitement chirurgical de l'obésité morbide	27
Similarités et différences de la structure factorielle de deux versions évaluant les styles explicatifs chez des pré-adolescents: le CASQ et le CASQ-R.	28
Etude des changements de comportements, dans le domaine de la santé, au travers de l'application du Health Behavior Goal Model	28
Influence des troubles cognitifs sur la qualité de vie des patients souffrant de sclérose en plaques.....	29
Le rôle de l'insight sur la compliance, la qualité de vie et la dépression dans la schizophrénie.....	29
Qualité de vie et comportements tabagiques : le rôle du coping et du soutien social.	30
Les déterminants psychosociaux de l'ajustement à une reconstruction mammaire différée	30
Les facteurs psychosociaux en lien avec la qualité de vie et l'ajustement des personnes atteintes de sclérose en plaques	31

Session Interactive de Posters II - Vendredi 24 juin - 32

Psychologie de la santé, enfants et famille	32
Faire face à un placement en internat : étude de la situation particulière des enfants porteurs d'une déficience intellectuelle.....	32
Dépression post-natale à 6 semaines et développement cognitif de l'enfant	32
Impact de l'annonce du diagnostic en oncologie pédiatrique sur l'organisation familiale et le couple parental : Une étude pilote en hématologie-oncologie	33
La santé des adolescents et leurs contextes de vie	33
Les facteurs facilitant et entravant la prise de médicaments chez l'enfant de moins de 8 ans : une recherche exploratoire menée auprès de parents issus du grand public	34
Les stratégies d'ajustement de l'enfant à un soin dentaire : description et taxinomie.	34
Dermatite atopique du bébé: pour une meilleure prise en charge de la famille.	34
Stratégies de coping maternelles et paternelles face à une naissance prématurée	35
Problématiques sociales de la santé.....	36
L'évolution du stress chez les personnes vivant en situation précaire dans la Région Centre de Coimbra	36
Inégalités de santé et facteurs comportementaux dans une population de 553 635 personnes en situation de précarité	37
La réinsertion sociale des traumatisés crâniens : perception du soutien social et du locus de contrôle	37
Représentation sociale et engagement : une application au don d'organes.....	37
Pourquoi prend-on des antibiotiques? Une étude des raisons invoquées en France	38
Limites des modèles consommateurs pour l'évaluation de la satisfaction des patients.....	38
Approche psychosociale du rapport aux risques sanitaires de populations jeunes précaires : Modèle contagionniste et régulations sociales	39
Représentations sociales de la relation d'aide	39
Représentations sociales de l'alcool.....	40
Représentations sociales et explications sociales: comment les jeunes expliquent-ils l'usage et le non-usage de cannabis?	40
"Dans les yeux de l'autre". Une recherche empirique sur les représentations sociales de la folie parmi les sujets experts et les sujets naïfs.....	40
Comportement alimentaire et précarité : réactualisation du Classeur alimentation atout prix.....	41
Intégration sociale comme modèle d'intervention. Comment les cadres d'entreprises peuvent aider les toxicomanes ?	41
Représentation sociale, douleur et souffrance : le cas Vioxx.....	42
Le programme d'accompagnement « Etre maman ou papa pour la première fois » : une démarche et des outils pour la promotion de la santé des parents et de leurs enfants	42
Stratégies de préservation de la santé par les salariés, entre efficacité et limites : les conducteurs de train face au temps de travail.....	43
La (bonne et la mauvaise) santé en relation aux autres caractéristiques et aspects du corps propre.....	43

La représentation sociale de la santé dans la représentation sociale du corps propre et idéal.....	43
Stress professionnel	44
Organisation du travail et stress professionnel: Étude en service de réanimation cardiaque	44
Le Burnout et victimisations en milieu Carcéral : la Fragilisation progressive du personnel de surveillance.....	45
Stress professionnel chez les permanenciers de SAMU	45
Quand la violence s'imisce dans la relation soignant-soigné	45
L'épuisement des professionnels(les) qui travaillent avec les porteurs du VIH	46
Soins palliatifs	47
Approche psychosociale d'une aide technique aux malades en fin de vie : le cas de la sclérose latérale amyotrophique	47
Soins Palliatifs et retours au domicile : un challenge ?.....	48
Stress.....	48
Impact du type de traitement médical chez les personnes dialysées, sur l'état de stress et les stratégies de coping	48
La satisfaction chez les étudiants de 1ère année de faculté. Liens de la satisfaction avec le névrosisme et le stress perçu. Différences de satisfaction selon les filières, le genre et le type de logement.....	49
Influence de la nature de la maladie sur le vécu du diabète et de l'insuffisance rénale	49
Les fratries adultes de personnes handicapées mentales face à la question de la prise en charge future de leur frère/sœur.....	50
Evaluation d'un programme de gestion du stress chez une personne atteinte du syndrome d'Asperger	50
Apport des régressions factorielles dans l'analyse des effets d'interaction d'ordre supérieur entre plusieurs groupes de prédicteurs de la détresse psychologique	51
Syndrome d'addiction à la pratique sportive, stress et facteurs psychologiques de vulnérabilité chez des sportifs de meilleurs niveaux.....	51
Estime de soi, coping et adaptation à la maladie.....	52
Stratégies de coping et estime de soi chez les personnes obèses	52
Evaluation cognitive "trait" et adaptation psychologique	53
Stratégies d'ajustement à la douleur chronique: Expectatives de rôle sexuel parmi la population générale et les professionnels de la santé.	53
Stigmatisation et coping dans l'obésité	53
Pardon de soi, Estime de soi, Bien-Etre Subjectif	54
Stratégies de coping maternelles et paternelles face à une naissance prématurée	54
Adaptation et validation portugaise de l'échelle toulousaine de coping.....	55
Représentations du diabète, attentes initiales et satisfaction finale des diabétiques admis en hôpital de semaine ...	55
Les déterminants psychosociaux de l'ajustement à une reconstruction mammaire différée	55
Etude des événements de vie et des stratégies de coping chez des sujets alcooliques	56
L'ajustement à la douleur chronique: les apports du concept d'acceptation.....	56
Relation entre mécanismes de défense et stratégies de coping dans une situation de compétition durant une saison.	57
Addictions.....	57
Etude des facteurs de risque d'une consommation actuelle ou future de produits chez des adolescents pratiquant un sport de loisir	57
Alexithymie, niveaux de conscience émotionnelle et recherche de sensations chez des sujets poly-consommateurs	57
Une étude sur l'addiction aux jeux video et à l'Internet	58
Stress et conduites addictives en milieu policier	58
Psychologie, santé, famille et addiction alcoolique.	59
L'addiction aux benzodiazépines et ses relations avec certains états émotionnels et les événements de vie générés par le vieillissement chez 20 sujets âgés.....	60

Session Interactive de Posters I - Jeudi 23 juin -

Trouble(s) psychopathologique(s)

Sophie Barthélémy (Université de Provence, Aix-Marseille), **Guy Gimenez** (Université de Provence), **Jean Louis Pédinielli** (Université de Provence), **Emilie Mansour** (Université de Provence)

De l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale : réflexion sur la réadaptation dans la psychose

Contact : so.barthelemy@voila.fr

La réadaptation est une action faisant suite aux soins de la phase aiguë, dans laquelle le sujet est censé accéder à un rétablissement pour retrouver un état antérieur ou s'adapter à une situation nouvelle. Si cette notion implique d'abord une prolongation des soins de premières intentions (Jolivet, 1979), elle prend ensuite davantage en compte les aspects relationnels, visant à rétablir le lien social, en ré-intégrant la capacité à entrer en contact avec les autres. Pour Got (1989), la réadaptation représente le temps du passage de l' " être malade " à l' " être social ", phase qui se déroule dans une unité spécifique pour un temps limité ; elle permet de préparer à une vie autonome dans l'anticipation d'un projet (professionnel ou social). Aussi, le patient psychotique doit réorganiser ses liens avec l'ensemble de ses interlocuteurs (Gimenez, 1998). Ce réagencement est constitué par plusieurs étapes : il est tout d'abord une expérience de crise pour le patient, sous-tendue par une rupture par rapport à un ancien mode de fonctionnement. Cette crise s'accompagne d'une réorganisation des mécanismes de défense, des identifications et de la construction d'un pare-excitation plus efficace à travers le changement d' " enveloppe " (Anzieu, 1974, 1985), pour permettre enfin l'intégration à un nouveau groupe dans lequel la réalité extérieure et l'objet ont un nouveau statut. Le patient doit progressivement se détacher de l' " enveloppe soignante " pour investir des enveloppes substitutives, avant de pouvoir intégrer un nouveau groupe constitutif de l' " enveloppe sociale ". La communication montrera comment le travail de réadaptation avec le patient psychotique peut être pensé sous l'angle de ces dimensions psychiques. La réflexion s'étayera sur une expérience auprès de patients psychotiques chroniques pour lesquels de nombreuses années d'hospitalisation avaient accentué la dépendance institutionnelle. La nouvelle nature du lien a été pensée à travers un projet de soins de réadaptation dans le cadre d'appartements thérapeutiques, structure intermédiaire alternative à l'hospitalisation à temps plein, dans laquelle l'environnement social et les potentialités adaptatives relationnelles et sociales des patients constituent un élément majeur du soin.

Béatrice Lamboy (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Direction des affaires scientifiques)

Les problèmes de prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs

Contact : beatrice.lamboy@inpes.sante.fr

Le recours aux soins et la prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs représentent un problème majeur de santé publique. La question de la qualité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs est soulignée à travers l'objectif 60 de la loi de santé publique (2004) qui préconise, pour 2008, d'augmenter de 20% le nombre de personnes traitées conformément aux recommandations de bonne pratique. A cette fin, le développement d'indicateurs permettant d'estimer le nombre de personnes traitées adéquatement s'avère nécessaire. Ainsi, cette étude a pour objectif principal de proposer une première estimation du recours aux soins et des types de traitement reçu par les personnes souffrant de troubles dépressifs en population générale. Des analyses uni et multivariées ont été effectuées à partir des données de l'enquête « La santé mentale en population générale » (CCOMS-DREES, 2004) réalisée auprès de 36 000 personnes de 18 ans et plus en France métropolitaine et portant sur les représentations de la maladie mentale, les comportements de soin et le repérage des principaux troubles mentaux à l'aide du questionnaire MINI. Comme attendu, le recours aux soins et les traitements reçus par les personnes

dépressives s'avèrent très problématiques. Près de la moitié des personnes dépressives déclarent n'avoir jamais été soignées pour dépression et environ 20% des personnes souffrant de troubles dépressifs récurrents ou chroniques affirment n'avoir jamais été prises en charge. Les recours aux services et à la psychothérapie sont influencés par des variables socio-démographiques, cliniques et représentationnelles. Seulement la moitié des personnes souffrant d'un EDM léger ou moyen a déjà reçu un traitement ; 3,2% a déjà suivi une psychothérapie sans traitement médicamenteux ; seulement 25,6% des personnes déclarent avoir pris des antidépresseurs parmi celles qui ont bénéficié d'un traitement pharmacologique. Environ 1/4 des personnes souffrant de troubles dépressifs récurrents ou chroniques n'a jamais reçu de traitement et près des ¾ ne reçoivent pas un traitement adéquat minimal. Des analyses de même type sont actuellement reconduites sur les données du Baromètre Santé 2004. Elles devraient être renouvelées lors du Baromètre Santé suivant afin de permettre un suivi d'indicateurs.

Rachid Bannour (Université de Provence), Annie Piolat (Université de Provence), Jérôme Bertha (Université de Provence)

L'appréhension à écrire des étudiants et ses conséquences

Contact : rachid.bannour@up.univ-aix.fr

L'écriture est une pratique sociale incontournable à la fois de transmission d'informations dans le monde du travail (rapport, note de service, ...) et de l'éducation (toute l'évaluation académique est réalisée avec cet outil d'expression des connaissances). La psychologie cognitive s'emploie à repérer les différents processus et connaissances qui entrent en jeu dans cette activité (Hayes, 1996 ; Olive, Kellogg, & Piolat, 2002). Peu d'études sur la maîtrise de la production écrite prennent en compte qu'une large part de la population estudiantine éprouve une véritable appréhension à écrire, parfois même un blocage, au point d'éviter certains cursus ou certaines professions (Boice, 1985 ; Daly & Miller, 1975 ; Faigley, Daly & Witte, 1981). Le projet de cette recherche est de montrer que pour les étudiants appréhensifs, les difficultés proviennent plus de leur dynamique émotionnelle associée au fait d'écrire (anxiété, évitement, mauvaise appréciation de leur performance réelle) que du manque d'habileté cognitive (Madigan, Linton & Johnson, 1996). De plus, selon les travaux de Faigley (1981), la rédaction d'un texte sur un thème expression (parler de ses émotions, de ses sentiments) rendrait plus aigüe cette difficulté. Pour éprouver cette hypothèse, la procédure a été la suivante avec 46 étudiants volontaires : (1) Passation de l'échelle émotionnelle d'Izard (validée par Ouss et al., 1990) ; (2) Rédaction sur un thème impliquant émotionnellement ou non ; (3) Nouvelle passation de l'échelle émotionnelle ; (4) Passation du test d'appréhension à écrire de Daly et Miller (1975). Les principaux résultats mettent en évidence que les rédacteurs les plus appréhensifs s'ajustent plus au thème demandé que les moins appréhensifs en évitant quand cela est possible de recourir à des éléments de lexique émotionnel (analyse des corpus avec le logiciel Tropes). Dans la situation où ils ont à exprimer leur émotion, leur état émotionnel est plus 'découragé' après qu'avant avoir écrit (chute significative au re-test avec l'échelle d'Izard). Ces résultats seront interprétés à la lumière des observations de Boice (1992) et de Pennebaker (1997) qui utilise dans le cadre thérapeutique des techniques de coping comme l'écriture expressive afin de provoquer un déblocage cognitif et une récupération émotionnelle.

Serge Combaluzier (Université de Rouen), Brice Gouvernet (Université de Rouen), Evelyne Bouteyre (Université de Rouen), Jean Luc Viaux (Université de Rouen)

Impact de la prise d'opiacé sur les troubles de la personnalité

Contact : serge.combaluzier@univ-rouen.fr

L'objet de cette communication est d'étudier à partir l'impact de la consommation de drogue sur les troubles de la personnalité des données de la littérature et de notre pratique clinique. Les calculs des différents indices (odd ratios, fractions étiologiques) montrent en effet que globalement dans une population de toxicomane, les troubles de la personnalité sont expliqués dans une proportion très grande par la seule présence d'une toxicomanie aux opiacés. Si ces résultats sont cohérents avec la clinique, ils sont cependant antagonistes avec une certaine tradition qui fait de la toxicomanie une conséquence de désordres de personnalité préexistants. Les perspectives théoriques et cliniques que dégagent ces résultats ouvrent vers l'hypothèse d'un effet de la prise de toxique sur le fonctionnement de la personnalité et l'interprétation de ces signes comme partie intégrante du tableau clinique et non plus dans une seule visée étiopathogénique.

Sandrine Ballester (Université Toulouse Le Mirail Laboratoire du CERPP)

Sur le chemin des thérapies "par le pardon" : la théorie du renversement, implications pour la santé physique et mentale

Contact : sandrine.ballester@wanadoo.fr

De nos jours, beaucoup de praticiens considèrent le pardon comme un processus central en psychothérapie recouvrant des bénéfices indiscutables en terme de santé physique et mentale (Enright, Mullet & Fitzgibbons, 2001). A l'inverse, le blocage au pardon ou ressentiment durable semble favoriser l'émergence de certaines pathologies, subséquentes aux émotions négatives qu'il génère (Worthington, 2001). Comprendre ce qui favorise ou parasite l'avènement de ce processus peut permettre d'avancer sur le chemin des thérapies par le pardon. De précédents travaux (Mullet, Apter, Munoz-Sastre & Sztulman, soumis) ont permis d'identifier la nature des motivations susceptible d'amener les sujets à pardonner. Notre présente étude s'inscrit dans la continuité de la précédente. Nous avons précisément cherché à dégager la nature des motivations au ressentiment durable grâce à la Théorie du Renversement de Michael Apter (2001) laquelle postule l'existence de huit états métamotivationnels sous-tendant l'ensemble des comportements humains. Notre échantillon comporte 400 adultes du « tout venant ». Le matériel est un questionnaire de 99 items avec échelles de Lickert à 15 points. L'analyse factorielle a permis d'identifier six facteurs : « ressentiment comme moyen d'obtenir une compensation » induit par les états métamotivationnels « Paratélique et Négativiste », « ressentiment comme réponse spontanée » induit par l'état métamotivationnel « Paratélique », « ressentiment comme réponse égocentrique » induit par l'état métamotivationnel « Autique », « ressentiment comme réponse conventionnelle » induit par l'état métamotivationnel « Conformiste », « ressentiment comme moyen de distanciation » induit par l'état métamotivationnel « Négativiste » et « ressentiment comme moyen de domination » induit par l'état métamotivationnel « Maîtrise ». Les effets des variables « sexe », « âge », « implication religieuse » et « éducation » sont apparus significatifs respectivement sur un ou plusieurs facteurs. Initialement utilisée à titre expérimental, la Théorie du Renversement, semble offrir de nouvelles solutions thérapeutiques et contributions pour la psychologie de la santé. En effet, certains praticiens (Murgatoyd, 1987 ; Fontana & Valente, 1993) sont déjà parvenus à conduire bon nombre de sujets à « basculer » d'un état métamotivationnel à un autre. De tels éléments laissent entrevoir la possibilité de favoriser l'avènement du processus de pardon par le biais d'un travail thérapeutique centré sur les motivations, cela dans une perspective cognitivo-comportementale.

Martine Diedrich (Laboratoire de psychologie de la santé (EA3477). U.F.R -S.H.A. Ile du Saulcy 57045 Metz Cedex), **Renaud Cohen** (ETIC (EA2352) UFR – SHA. Ile du Saulcy- 57045 Metz Cedex), **Marc Debouverie** (Service de neurologie. Hôpital Central C.H.U. Nancy. C.O. n°34 54035 Nancy Cedex), **Marc Wagner** (Service de Neurologie. Hôpital Bon Secours CHR Metz. 1, place Philippe de Vigneulles), **Eric Godet** (Service de Neurologie. Hôpital Bon Secours CHR Metz. 1, place Philippe de Vigneulles)

Etude longitudinale des relations entre la symptomatologie physique dans la sclérose en plaques et la dépression.

Contact : martine.diedrich@caramail.com

L'objectif : Etudier les relations complexes entre symptomatologie physique et dépression dans la sclérose en plaques (SEP). Méthode : Etude longitudinale (6 mois) en trois temps, comprenant 12 patients. Utilisation de l'échelle EDSS (Expanded Disability Status Scale) par le neurologue, en début et fin de l'étude, pour quantifier le handicap physique. Le degré de dépression des patients a été évalué lors d'un entretien comprenant la cotation de l'échelle d'Hamilton, de même pour le degré de fatigue (EMIF-SEP). Analyse : Nous avons effectués une ANOVA puis une ANCOVA, pour analyser les différences de moyennes à l'EDSS à la fin de l'étude, entre le groupe « dépression absente ou légère en début de traitement » et le groupe « dépression moyenne ou forte en début de traitement », en éliminant l'impact de la différence de handicap en début d'étude. Résultats : L'effet de la dépression sur le handicap en t3, contrôlé par le niveau de handicap initial, est très significatif ($F = 24,39$ $p = .001$). Les relations observées révèlent une interaction entre les symptômes physiques et la dépression. Ainsi la présence de symptômes physiques importants en début de traitement est corrélée à un plus fort niveau de dépression en fin de traitement. De plus, nos résultats concordent avec ceux de Zephir (2003), en montrant que les patients dépressifs en début de traitement présentent un handicap plus important en fin de traitement que les patients non dépressifs, même lorsque l'on tient compte des différences dans la symptomatologie initiale. Ces résultats ne montrent cependant pas que la dépression entraîne une augmentation de la symptomatologie, mais qu'elle est un prédicteur. Conclusion : Nos résultats démontrent l'importance de prendre en compte la dépression dans la SEP, des recherches futures pourraient ainsi étudier l'impact d'une prise en charge de la dépression sur l'évolution de la symptomatologie dans la SEP. Références Katon WJ. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry. Aug

1;54(3):216-26. Review. Zephir H, De Seze J, Stojkovic T, Delisse B, Ferriby D, Cabaret M, Vermersch P. (2003). Multiple sclerosis and depression: influence of interferon beta therapy. Mult Scler. Jun;9(3):284-8.

Aurélié Pasquier (Université de Provence), **Jean Louis Pedinielli** (Université de Provence)

Phénomènes émotionnels chez des sujets adultes anxieux et/ou dépressifs : Étude exploratoire des relations entre affectivité négative, intensité émotionnelle et alexithymie

Contact : pasquier-aurelie@wanadoo.fr

Objectifs: Les travaux actuels portent un intérêt grandissant à l'organisation émotionnelle de sujets anxio-dépressifs (Cropanzano, Weiss, Hale et Reb, 2003). Cette étude a pour objectif de préciser les phénomènes émotionnels présents chez des sujets anxieux et/ou dépressifs. Dans ce cadre, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle, chez les sujets présentant des composantes anxieuses et/ou dépressives, les émotions sont ressenties de manière intense, avec une propension à l'affectivité négative, associée à une baisse de l'expression des émotions faisant référence à un des trois facteurs spécifiques de l'alexithymie. Les émotions ne sont donc pas absentes de ce fonctionnement émotionnel, bien au contraire, elles sont ressenties avec intensité. Une des difficultés présentes chez ces sujets concerne la verbalisation des émotions négatives. **Méthodologie:** La population de notre étude est composée de 23 sujets, des femmes, âgées de 30 à 60 ans. Deux groupes : - un groupe expérimental : 12 sujets consultant en cabinet de médecins généralistes. - un groupe contrôle: 11 sujets tout-venant. Les outils (traduits et validés en français) utilisés sont: Le Hospital Anxiety Depression (HAD, Zigmond et Snaith, 1983). L'Échelle de Bien-être Subjectif (SWB, Diener, 1992). L'Affect Intensity Measure (AIM, Bryant, Yarnold et Grimm, 2003). L'Échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20, Bagby et al., 1992). **Résultats:** Les comparaisons de moyennes (U de Mann et Withney) mettent en évidence des différences significatives entre le groupe « anxieux et /ou dépressifs » et le groupe contrôle. Les sujets « anxieux et/ou dépressifs » ont un niveau supérieur d'émotionnalité négative, d'« intensité négative » et d'alexithymie (« identification des émotions », « pensées orientées vers l'extérieur ») aux sujets contrôles. Les régressions multiples rendent compte des facteurs explicatifs de l'anxiété et la dépression : - l'émotionnalité négative, l'intensité émotionnelle et la description des émotions (alexithymie) expliquent 67% de la variance totale de l'anxiété ; - l'émotionnalité négative et la description des émotions (alexithymie) expliquent 48% de la variance totale de la dépression. **Conclusion:** Cette étude a permis d'étudier dans une population présentant des troubles psychopathologiques, les relations entre variables émotionnelles et symptomatologie anxieuse et dépressive ; ceci dans le but de mettre à jour un modèle explicatif et préventif des phénomènes émotionnels impliqués dans les syndromes anxieux et dépressifs.

Valérie Josset (UFR Sciences du Langage, de l'Homme et de la Société - Besançon - Laboratoire de Psychologie)

Psoriasis, alexithymie et non-représentation.

Contact : valjosset@yahoo.fr

Le psoriasis est souvent considéré comme une « maladie psychosomatique » car l'aspect psychologique est évoqué comme facteur déclenchant les poussées. Il est également abordé dans le cadre de la qualité de vie et de l'image de soi du malade en raison du caractère contraignant et affichant de la maladie. Parmi les différentes théories de la psychosomatique élaborées depuis le dix-neuvième siècle, nous retiendrons tout particulièrement celle de l'alexithymie développée par Sifnéos et augmentée par ses successeurs (Pedinielli, Corcos, Guilbaud). L'alexithymie constituerait un terrain prédisposant à l'expression somatique des désordres psychiques. L'objectif de notre travail est de montrer l'importance des traits alexithymiques dans le psoriasis en tant que lieu favorisant l'apparition des symptômes somatiques et notamment du psoriasis. Nous avons choisi de présenter de cas de Gérard qui présente un psoriasis, plusieurs épisodes allergiques et d'autres symptômes somatiques. Afin de mesurer l'importance des facteurs psychologiques dans l'apparition et l'évolution de maladie de Gérard, nous avons choisi trois techniques qui sont l'entretien semi-directif, le Test de l'Arbre Malade (outil projectif adapté, P. Cuynet et A. Mariage) et la Toronto Alexithymia Scale (échelle d'alexithymie). L'analyse de contenu réalisée sur les entretiens nous révèlent que Gérard a tendance à être dans l'agir, la factuel, la description, en particulier concernant ce qui se rapporte à la maladie somatique. Les dessins de l'arbre malade et de l'arbre de rêve montrent que Gérard semble caractérisé par une limitation de la vie imaginaire. La dimension familiale apportée par une partie de cet outil projectif (dessin de l'arbre de la famille) met à jour un espace relationnel vide au sein de la famille où l'on semble retrouver les caractéristiques de l'alexithymie au sein du fonctionnement familial. L'échelle d'alexithymie nous a permis d'établir un score global caractérisant Gérard comme alexithymique. Cette échelle indique, en particulier, une difficulté à exprimer les sentiments et à décrire ceux-ci aux autres. Il nous est apparu que la maladie somatique (le psoriasis) pouvait apparaître sur un terrain alexithymique, mais

qu'elle semblait également se présenter comme la manifestation d'un non-représentable au sein de l'enveloppe familiale.

Marie-Claire Gay (Paris 10 Nanterre)

Évaluation de l'impact d'une séance d'imagerie mentale sur l'évolution des patients ayant des troubles de l'humeur

Contact : marieclaire.gay@free.fr

Objectif de l'étude: il s'agira d'examiner l'impact d'une séance d'imagerie mentale sur les fonctions psychiques de 30 patients hospitalisés en psychiatrie pour troubles de l'humeur. Nous savons en effet qu'une prise en charge par imagerie mentale tant sur le plan des troubles somatiques que psychologiques. Cependant, ces prises en charge se composent en moyenne de huit séances, ce qui fait que nous ignorons non seulement le seuil minimum d'efficacité de l'imagerie mais également l'impact d'une séance unique sur les troubles traités. Aussi, notre étude se propose d'évaluer l'impact d'une séance unique sur la dépression et d'examiner les facteurs cognitifs et de personnalité impliqués dans la réponse thérapeutique. L'échantillon se compose de 30 participants âgés de 18 à 75 ans bipolaires et unipolaires hospitalisés à l'hôpital Louis Lourier de Colombes (92), sur un versant dépressif ou après un épisode maniaque ou hypomaniaque selon les critères DSM-IV R. Les patients sont randomisés sur la condition contrôle (pas de traitement psychologique) ou imagerie (une séance d'imagerie). Les mesures portent sur la dépression, l'anxiété, l'affectivité, l'estime de soi, l'alexithymie, ainsi que sur la capacité d'imagerie mentale. Les mesures sont effectuées pour l'ensemble de l'échantillon en trois temps: avant la prise en charge, deux jours après la prise en charge et un mois après la prise en charge. Etude en cours.

Chiaromello Stéphanie (Université de Toulouse le Mirail), Mesnil Michelle (Université de Toulouse le Mirail), (Université Munoz Sastre Maria Teresa de Toulouse le Mirail), **Mullet Etienne** (EPHE)

La propension à pardonner et la solitude chez les adolescents

Contact : chiaromello@cegetel.net

C'est dans le but d'aider à résoudre les conflits et la violence au sein des collèges et des cités que cette étude fut en partie réalisée. En effet, celle-ci se centre sur l'analyse du développement du pardon à l'adolescence. Il s'agit d'étudier l'évolution de la propension à pardonner de 11 à 15 ans et de repérer les circonstances connues pour faciliter ou rendre difficile le pardon. Notre premier objectif était d'établir la structure factorielle de la propension à pardonner. Notre second objectif se portait sur la solitude (Neto & Barros, 2000) et nous nous attendions à ce que la solitude augmente lorsque les adolescents se vengent. Le troisième objectif concernait l'âge et le sexe et nous nous attendions à ce que l'effet de l'âge sur la vengeance soit important et que le sexe féminin soit plus pardonnant que le sexe masculin. L'échantillon se compose de 509 collégiens, âgés de 11 à 15 ans, se répartissant sur 4 niveaux de scolarité, de la 6ème à la 3ème. Le matériel s'appuie sur un questionnaire de 41 questions. Les participants devaient exprimer leurs réponses sur une échelle de Lickert. Tout d'abord, quatre grands facteurs sont apparus comme ayant une influence majeure sur la propension à pardonner à l'adolescence : nous avons appelé le premier facteur « vengeance versus pardon », le second facteur « circonstances liées à l'offense et à l'offenseur », le 3ème facteur « ressentiment » et le 4ème facteur « circonstances personnelles et sociales ». Ensuite, on a pu constater qu'il n'existait pas de véritable lien entre la solitude et les 4 facteurs. Enfin, c'est sur le premier facteur « vengeance versus pardon » que l'effet de l'âge s'est révélé le plus important. Ainsi, la propension à se venger augmente très nettement de 11 à 15 ans. De plus, c'est aussi sur le premier facteur « vengeance versus pardon » que l'effet du sexe est significatif : la propension à se venger est donc moindre chez les filles que chez les garçons ; le sexe féminin exprimerait sensiblement plus une propension à pardonner qu'à se venger. Le résultat le plus intéressant car jamais démontré jusqu'à ce jour est l'évolution croissante de la propension à se venger de 11 à 15 ans. Le développement s'est révélé être le plus fort déterminant de la propension à se venger. Notre recherche contribue également aux travaux sur l'usage du pardon en psychothérapie, apportant la preuve de cette relation entre bien-être et pardon et de ses retombées sur la santé physique et mentale (Enright, Mullet, Fitzgibbons, 2001). Références : Mullet, E., Houdbine, A., Laumonier, S., & Girard, M. (1998). Forgivingness : Factor structure in a sample of young, middle – aged, and elderly adults. *European psychologist*, 3, 289-297. Néto, F., Barros, J. (2000). Psychosocial Concomitants of Loneliness Among Students of Cape Verde And Portugal. *The Journal of Psychology*, 134(5), 503-514 Enright, R.D., Mullet, E., & Fitzgibbons, R.P. (2001). Le pardon comme mode de régulation émotionnelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 4, 123-135.

Anne Congard (Université de Provence - Aix- Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ), **Pascal Antoine** (Université Lille 3 – UPRES Temps – Emotions – Cognitions), **Pierre-Yves Gilles** (Université de Provence - Aix- Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ), **Ivanchak Stephan** (Université de Nice-Sophia Antipolis)
Construction d'un outil d'évaluation des affects de type circomplexe en langue française
Contact : anne.congard@laposte.net

Les modèles de classification de type circomplexe semblent être accueillis avec beaucoup d'intérêts par les chercheurs qui travaillent sur les émotions et les humeurs car ils offrent la possibilité de représenter l'expérience émotionnelle dans son ensemble (Feldman, Barrett & Russell, 1999). Cette représentation présente l'avantage d'aller plus loin que les méthodes statistiques classiques d'investigation car elle donne une signification plus précise des différentes émotions sur les deux dimensions consensuelles : valence (plaisir-déplaisir) et arousal (activation). En effet, ce type de modèle permet de comprendre les liens qu'entretiennent les émotions les unes par rapport aux autres mais également d'appréhender de manière plus spécifique les relations avec d'autres variables (Hofstee, De Raad, Goldberg, 1992). L'objectif de cette étude est de construire et d'adapter un outil d'évaluation des affects de type circomplexe en langue française. La démarche a consisté à traduire de la littérature anglo-saxonne, les mots qui permettent d'évaluer les émotions et les humeurs. Un premier tri a été réalisé sur 256 mots traduits, au regard de la structure proposée par Larsen et Diener (1992). Il nous a permis de tester un premier outil de 150 items sur un échantillon composé de 286 personnes (48 femmes et 238 hommes) âgées de 17 à 50 ans. La démarche de validation d'une telle structure s'est faite en plusieurs étapes : réalisation d'analyses d'items, mise en œuvre d'analyses en composantes principales (ACP) puis d'échelonnement multidimensionnel (EMD). Les résultats de l'EMD nous permettent d'obtenir une structure similaire à celle proposée dans la littérature. Avec quatre adjectifs définissant les huit octants de la structure en circomplexe : activation forte (e.g. excitation), affect positif avec fort niveau d'activation (e.g. enthousiasme), affect positif (e.g. joie), affect positif avec faible niveau d'activation (e.g. tranquillité), faible activation (e.g. désœuvrement), affect négatif avec faible niveau d'activation (e.g. morosité), affect négatif (e.g. tristesse), affect négatif avec fort niveau d'activation (e.g. énervement). Nous présenterons les intérêts d'une telle construction au regard des outils actuellement disponibles. Nous évoquerons la difficulté d'appliquer des modèles d'analyses d'items classiques et d'obtenir des indices d'ajustements propres à ce type de représentation.

Catherine Yakovlev (Université Paris VII), **Emmanuelle Babaud** (Université Paris VII)
L'analyse qualitative comme méthode de recherche face à la problématique du traumatisme psychique.
Contact : manu.babaud@free.fr

L'étude des traumatismes psychiques dus aux guerres, génocides, catastrophes, occupe une place grandissante dans nos sociétés. Nos recherches s'intéressent au traumatisme après persécutions. Nous nous penchons sur les conséquences du trauma sur les premières,deuxièmes et troisièmes générations après un exil. Nous désirons présenter notre méthodologie de recherche : l'analyse qualitative d'entretiens semi-directifs. Deux sujets- Une méthode : 1) la transmission d'un trauma psychique A travers cette recherche nous tentons de repérer les mécanismes psychiques à travers lesquels un traumatisme se transmet d'une génération à une autre. Nous travaillons en particulier sur le génocide arménien. La population étudiée est composée de 21 sujets français d'origine arménienne de deuxième et troisième génération après le génocide. L'hypothèse sur laquelle nous nous basons est que ces sujets vont constituer leur identité à partir du traumatisme du génocide vécu par leurs ascendants. 2) la résilience du trauma de guerre et d'exil. Population étudiée : un groupe d'enfants rescapés de guerre et accueillis en France il y a 15 ans (une vingtaine de sujets provenant du même groupe et leur famille d'accueil) But de la recherche : identifier les mécanismes oeuvrant dans la résilience. Une de nos hypothèses concerne le rôle déterminant que la famille d'accueil a pu jouer dans la résilience du trauma de l'enfant. Comment rendre compte des processus psychiques qui agissent dans la résilience du trauma et dans sa transmission aux générations suivantes? L'analyse qualitative : Nous avons choisi d'utiliser le protocole de l'entretien semi-directif enregistré et d'analyser de manière qualitative le contenu de ces entretiens. Nous présenterons dans notre communication écrite les limites et les richesses de cette méthode. Nous présenterons également de quelle façon nous parvenons à répondre à nos questions en nous appuyant sur le contenu (fond et forme) de l'entretien clinique.

Anne Congard (Université de Provence, Aix- Marseille I, Centre de Recherche PsyCLÉ), **Pascal Antoine** (Université Lille 3, UPRES Temps – Emotions – Cognitions), **Pierre-Yves Gilles** (Université de Provence, Aix- Marseille I, Centre de Recherche PsyCLÉ), **Ivanchak Stephan** (Université de Nice-Sophia antipolis)
Intérêts et méthodes d'analyses des données de type circomplexe dans le domaine de la psychologie de la santé : comparaisons des méthodologies employées sur des données relatives à la personnalité et aux émotions.
Contact : anne.congard@laposte.net

Les représentations de type circomplexe sont utilisées avec intérêt dans le domaine de la personnalité (Hofstee, De Raad, Goldberg, 1992) et des affects (Feldman, 1995) et semblent ainsi avoir un intérêt en psychologie de la santé. Ce type de représentation a pour objectif d'appréhender la nature des relations entre les construits, par la description de l'ordonnancement des variables sur la circonférence d'un cercle et de décrire, grâce à une représentation graphique simple, la localisation des variables dans un espace bi-dimensionnel. Certains auteurs pensent, en effet, que ce type de modèle permet de comprendre plus finement les différences inter-individuelles au niveau de la personnalité et des affects (Wiggins & Pincus, 1989). Dans le domaine de la personnalité, ce type de représentation est utilisé pour décrire de manière plus parcimonieuse le modèle à cinq facteurs et donne lieu à des classifications telle que l'AB5C (Abridged Big Five Dimensional Circumplex ; Hofstee, De raad et Goldberg , 1992). Dans le domaine des affects, l'utilisation de ce type de représentation est assez consensuelle (Larsen & Diener, 1992). Cette étude propose une revue de littérature sur les modèles de la personnalité et des affects qui utilisent les représentations de type circomplexe et plus particulièrement un examen des méthodes d'analyses statistiques associées. Nous présenterons les postulats conceptuels et méthodologiques qui sous-tendent une telle représentation. L'objectif de ce travail est d'étudier les intérêts et les limites des différentes méthodes à partir d'analyses statistiques conduites sur des données relatives à la personnalité (N=765) et aux affects (n=286). Nous présenterons et comparerons différentes méthodes : l'analyse en composante principale, l'échelonnement multidimensionnel, les modèles structuraux et enfin le CSPMF (Circular Stochastic Process Model with a Fourier series correlation function). Ces analyses nous conduiront à présenter les avantages et inconvénients de ces modèles mathématiques et la complémentarité de ces différentes approches méthodologiques. Nous évoquerons la difficulté d'obtenir des indices d'ajustement, en adéquation avec les postulats de base de ce type de représentation. Plus généralement, nous discuterons de l'intérêt de ce type de modélisation dans le domaine de la psychologie de la santé.

Pascal Antoine (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Véronique Christophe** (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Fabrice Leroy** (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), **Jean Louis Nandrino** (UPRES TEC - Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq)
Révision française de l'échelle d'ajustement dyadique
Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

La Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) est un des outils les plus utilisés par les chercheurs anglophones pour évaluer la satisfaction maritale. L'intérêt pour cet instrument a conduit Baillargeon et al. (1986) à l'adapter en langue française. Nous avons testé cet instrument pour évaluer ses qualités psychométriques et proposer des modifications le cas échéant. 123 couples ont participé à l'étude. Chaque conjoint a répondu séparément à l'adaptation francophone de 32 items. Nous avons tenté de reconduire l'analyse de Spanier (1976) en composantes principales avec des rotations orthogonales mettant en évidence 4 facteurs distincts : consensus, cohésion, satisfaction et expression affective. Non seulement nos résultats ne permettent pas de supporter une telle structure, mais l'instrument utilise également six formes différentes d'items qui nuisent à son homogénéité et à sa validité apparente. Nous avons donc opté pour une simplification de l'outil et une clarification de sa structure. Pour réduire le nombre d'items et obtenir une structure factorielle simple, nous avons constitué plusieurs sous-échantillons. Les réponses de 123 sujets (62 hommes et 61 femmes) ont été analysées tandis que l'échantillon constitué de leurs conjoints a permis de tester la stabilité de la structure obtenue. Nous avons vérifié que les réponses des hommes et des femmes suivaient la même structure. Enfin, cette échelle étant utilisée pour comparer le niveau de satisfaction des conjoints au sein d'un couple, nous avons vérifié que la différence des réponses aux items au sein des couples suivait également la même structure. La meilleure solution obtenue est en deux composantes orthogonales synthétisant 16 items avec 51% de variance totale expliquée. La première composante correspond au degré d'accord dans le couple, et la deuxième composante correspond à la qualité des interactions maritales. Un résultat identique est obtenu avec l'échantillon de contre-validation, et avec les échantillons masculin, féminin et de différence dans le couple. Une analyse factorielle complémentaire de second ordre soutient à la fois un facteur général de satisfaction et cette organisation en deux composantes. Une nouvelle contre-validation est en cours de réalisation sur cette version révisée après harmonisation des formats de réponses aux items.

Jérôme Foucaud (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), **Florence Cousson-Gélie** (Université Bordeaux 2), **Bruno Quintard** (Université Bordeaux 2), **Michèle Koleck** (Université Bordeaux 2), **M. Jeannel** (Laboratoire de Sciences de l'Education, équipe du LARSEF ; Université de Bordeaux 2) et **André Taytard** (Services de Maladie Respiratoire Université Bordeaux 2)
Validation française de l'échelle Asthma Coping List (ACL). Echelle de mesure des stratégies de coping spécifiques à l'asthme
Contact : jerome.foucaud@inpes.sante.fr

Introduction Le concept de coping occupe une place centrale dans la prise en charge éducative des patients asthmatiques. Néanmoins, il n'existe pas de questionnaires validés en français permettant d'évaluer les stratégies de coping spécifiques des asthmatiques. C'est l'objectif de ce travail. Méthode 287 asthmatiques (156 femmes, 131 hommes, âge moyen = 42 ans), de tous stades de gravité (stade 1 = 21,4% ; stade 2 = 25,9% ; stade 3 = 30,6% ; stade 4 = 22,1%), ont complété la traduction française du questionnaire Asthma Coping List (ACL) de Maes et al. (1986) ; il comprend deux parties. La première Asthma State Coping list (ASC) explore en trois facteurs les stratégies de coping qu'utilisent les patients pour faire face à la crise d'asthme, la deuxième l'Asthma Trait List (ACT) explore en trois facteurs les stratégies de coping qu'utilisent les patients au quotidien. Afin d'explorer la structure factorielle du questionnaire nous avons utilisé l'Analyse en Composantes Principales (ACP). Résultats L'ACP réalisée sur les réponses des sujets à l'ASC montre une solution à trois facteurs : le premier regroupe les stratégies visant à "tenir compte de la crise d'asthme" (16,4% de la Variance Totale, $\alpha = .87$), le deuxième celles visant à "minimiser la gravité de la crise d'asthme" (14,3% de la VT, $\alpha = .84$), le troisième les stratégies visant à "réagir émotionnellement face à la crise d'asthme" (12, 3% de la VT, $\alpha = .81$). L'ACP effectuée sur les réponses des sujets à l'ACT a dégagé une solution à deux facteurs : le premier regroupe les stratégies visant à "gérer correctement l'asthme au quotidien" (19,1% de la VT, $\alpha = .80$), le deuxième celles visant à "dissimuler l'asthme" (13% de la VT, $\alpha = .70$). Conclusion La validation française de l'échelle de coping, présente de meilleures qualités psychométriques que la validation d'origine. Cette échelle apparaît comme un outil pertinent dans le cadre d'une démarche en éducation du patient asthmatique, l'évaluation de ces stratégies permettant la mise en place d'une approche pédagogique différenciée plus fine. Une étude complémentaire est envisagée afin d'explorer la validité de critère, la sensibilité au changement et la fidélité de cet outil. Remerciements : Cette étude a été réalisée avec l'aide de la société Geri-Communication

Lemonnier Fabienne (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), **Vincent Isabelle** (INPES)
Analyser la qualité des outils en éducation pour la santé
Contact : fabienne.lemonnier@inpes.sante.fr

Introduction Les professionnels de l'éducation, de la santé et du social intervenant en éducation pour la santé utilisent fréquemment des outils comme support aux actions d'éducation pour la santé qu'ils mettent en œuvre. Les finalités que ces professionnels donnent à l'éducation pour la santé sont souvent multiples et hétérogènes. Objectifs Les outils d'intervention en éducation pour la santé s'inscrivent dans une logique de promotion de la santé c'est-à-dire qu'ils contribuent à conférer aux destinataires de l'action, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Les critères de qualité des outils doivent donc refléter ces objectifs et contribuer ainsi à la qualité des actions de proximité. Méthode Etablis à partir d'une analyse de la littérature puis d'un consensus d'experts, 31 critères essentiels de qualité ont été identifiés. Résultats Les critères de qualité retenus tiennent compte de l'influence des représentations et attitudes sur les comportements. Parmi les critères essentiels figurent également des caractéristiques permettant de rendre acteurs les personnes en favorisant leur l'implication. De même, le(s) sentiments suscité(s) (crainte, malaise,...) ne doivent pas produire d'effet négatif ni nuire à l'implication. Les critères de qualité ont été, dans un second temps, transformés en questions afin de rendre facilement évaluable chacun des critères. Conclusion La grille d'analyse regroupant l'ensemble des questions devrait permettre aux professionnels de se mettre à distance des outils et d'apporter une appréciation sur leur qualité en éducation pour la santé. A terme, il conviendrait de valoriser les outils qui remplissent les critères de qualité énoncés afin qu'ils soient préférentiellement utilisés dans les actions de proximité

Gaëlle Delamarre (Université de Provence), **Marilou Bruchon Schweitzer** (Université Bordeaux 2)
Les Croyances vis-à-vis des Conséquences de l'Infection à VIH Construction et Etude de la Validité d'une Echelle : l'ECC-VIH
Contact : gaelledelamarre@hotmail.com

Nous avons conduit des entretiens dans le but d'identifier les croyances vis-à-vis des conséquences de l'infection à VIH. Une analyse de contenu nous a permis de construire un premier questionnaire à 40 items qui a été soumis à 377 sujets tout venant recrutés dans des lieux publics ou via internet. Des analyses en composantes principales des réponses, suivies de rotations varimax, ont mis en évidence deux facteurs expliquant 30 % de la variance totale comprenant chacun 10 items, et d'une bonne consistance interne. Nous les avons dénommés « difficultés personnelles » (« on a des idées noires » « à cause des traitements on a des douleurs ») et « difficultés sociales » (« Trouver un logement est plus compliqué », « On devient indésirable pour la société »). Ce questionnaire a été administré au total à 676 sujets et le même type d'analyse factorielle a abouti de nouveau cette solution à 2 facteurs expliquant 35 % de la variance totale et saturant au total 16 des 20 items précédents. La consistance interne de ces 2 facteurs est satisfaisante (alpha de Cronbach compris entre 0,73 et 0,75). Ces échelles ont donc une bonne validité de construit. Le fait d'être hétérosexuel ou séronégatif est associé à un score plus élevé sur l'échelle de croyances vis-à-vis des difficultés personnelles consécutives à une infection par le VIH. Un âge et un revenu plus élevés, le fait d'être marié ou pacsé et de vivre dans une petite ville sont associés à un score plus élevé de croyances vis-à-vis des difficultés sociales consécutives à une infection à VIH. Nos deux échelles de croyances sont positivement et significativement corrélées ($r=0,2$, $p<0,01$) avec la gravité perçue du SIDA, ce qui montre la proximité entre les conséquences perçues de l'infection et sa gravité perçue. Enfin, les corrélations significatives entre le score de croyances liées aux difficultés personnelles et l'utilisation du préservatif ($r=+0.442$, $p<0,01$) obtenues sur un sous-groupe de gays tendent à montrer qu'il serait utile d'intégrer les croyances mesurées par l'ECC-VIH dans des modèles multifactoriels complexes visant à prédire les comportements de prévention face au VIH/SIDA.

Marie Préau (Laboratoire de Psychologie Sociale, Université de Provence / INSERM U379), **Mounir Mesbah** (Laboratoire de Statistique Théorique et Appliquée, Université Pierre Et Marie Curie), **Denis Perez** (Service de Maladies infectieuses, Hôpital Ste Marguerite, Marseille), **Patrizia Carrieri** (INSERM U379 / ORS PACA), **Bruno Spire** (INSERM U379 / ORS PACA)
Validation de la traduction française de l'échelle de qualité de vie WHOQOL-HIV élaborée par l'OMS auprès d'un échantillon de personnes infectées par le VIH et sous traitement
Contact : preau@marseille.inserm.fr

Objectif. L'objectif de ce travail est de valider la traduction française de l'échelle de qualité de vie (QDV) WHOQOL-HIV spécifique de l'infection par le VIH. Méthodes. Deux cent onze patients volontaires ont rempli un auto-questionnaire composé de questions concernant les caractéristiques socio-démographiques et psychosociales et l'échelle WHOQOL ainsi qu'un questionnaire médical, rempli par le médecin, renseignant les caractéristiques immuno-virologiques ainsi que l'histoire thérapeutique du patient. Après une analyse factorielle avec rotation varimax, les différents items de l'échelle WHOQOL-HIV ont été réaffectés en sous-dimensions afin d'obtenir des courbes de Cronbach Alpha pas à pas strictement croissante. Résultats. Vingt six des 31 items de l'échelle WHOQOL-HIV ont été regroupés en trois sous-dimensions de la QDV. La première dimension se centre sur les aspects physique de la QDV, lié aux déplacements, à l'indépendance physique, aux capacités professionnelles et très axée sur la perception de ses propres capacités, ses limitations et la perception de soi-même du fait de ces limitations. La seconde sous-dimension concerne la QDV en termes d'insertion sociale, de la perception de soi dans le monde social environnant en terme de place, mais aussi en terme de possibilités, d'interactions sociales et personnelles (sexualité), d'information et d'accès aux services. Enfin la troisième dimension concerne les aspects plus spirituels et l'impact de la situation de maladie sur les projets de vie. Par ailleurs, la validation concourante de l'échelle met en évidence des liens significatifs entre le nombre d'effets indésirables du traitement, le sexe, le groupe de transmission, le confort du logement et les sous-dimensions de QDV présentées. Conclusion. Ces résultats mettent en évidence l'importance des aspects psychosociaux dans la mesure de la QDV des personnes infectées par le VIH. De plus, ces résultats vont permettre d'optimiser les futures analyses et utilisations de l'échelle WHOQOL-HIV auprès de populations de personnes infectées par le VIH.

Quintard Bruno (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Coelier Angeline** (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Leconte Elisa** (Université Victor Segalen Bordeaux 2), **Guiguen Yves** (Hôpital R. Picqué, HIA, Bordeaux), **Buzenet Catherine** (Service de dermatologie, Hôpital St André, Bordeaux), **Taïeb Alain**, (Service de dermatologie, Hôpital St André, Bordeaux)
Qualité de vie et psoriasis : analyse thématique catégorielle de 50 entretiens exploratoires et construction d'un questionnaire français.

Introduction : Le psoriasis concerne 4,7% de la population française et représente, par sa morbidité et son impact médico-économique, un réel problème de santé publique. Or, il n'existe pas d'outil francophone validé permettant d'évaluer les diverses dimensions de la qualité de vie des patients et d'apprécier leur degré d'ajustement à la maladie et aux traitements. Méthode : 50 patients psoriasiques, représentatifs de la population en âge et en genre, ont participé à un entretien exploratoire semi-directif, organisé autour de questions ouvertes (« Racontez-moi l'histoire de votre maladie » ; « Comment avez-vous réagi à la survenue des premiers symptômes ? », etc.). Une analyse de contenu thématique catégorielle des réponses des sujets a permis d'isoler les diverses composantes qui affectent leur qualité de vie. Résultats : Les principales catégories thématiques mises en évidence sont par ordre décroissant de fréquence de citation ; 1) l'impact du psoriasis sur la sphère sociale (visibilité des lésions, contraintes vestimentaires, sentiment de stigmatisation, fuite des lieux publics, isolement), sur les activités quotidiennes et de loisir (mettre des gants pour ne pas (se) tâcher, ne pas pouvoir aller à la piscine, à la plage, etc.), sur les relations intimes (sexualité) ; 2) l'impact des symptômes sur la sphère somatique (prurit, desquamation, douleurs, etc.) ; 3) les contraintes liées aux traitements (répétitivité, crèmes grasses, bains malodorants, etc.) ; 4) l'impact de la maladie et des traitements sur l'équilibre psycho-émotionnel (tension, anxiété, découragement, sensation de souillure corporelle, etc.). Chacune de ces catégories thématiques a finalement été transcrite en un ou plusieurs items, selon sa fréquence d'apparition. La première épure d'un questionnaire de qualité de vie spécifique au psoriasis, constituée de 53 items, est aujourd'hui achevée. Conclusion : La diversité des thèmes abordés par les sujets au cours des entretiens souligne l'effet particulièrement délétère du psoriasis sur la vie quotidienne des patients. La version définitive de ce questionnaire, après validation sur 500 patients psoriasiques, devrait nous permettre de disposer d'un outil standardisé qui pourra évaluer les diverses dimensions spécifiques de la qualité de vie au cours du psoriasis. Cet outil de mesure devrait aider à une prise de décision thérapeutique concertée entre le médecin et le malade.

Fabien Legrand (UFR STAPS, Université de Reims), **Jean Philippe Heuze** (UFR STAPS Université de Reims)

Réduction de la symptomatologie dépressive par le perfectionnement de la condition physique aérobie et un renforcement de la cohésion sociale auprès d'adhérents à un club de remise en forme : une étude randomisée.

Contact : fabien.legrand@univ-reims.fr

Objectifs : Ce travail a pour objectif de mesurer les effets d'un programme d'exercices d'endurance contrôlé (en durée et en intensité) sur la symptomatologie dépressive d'adhérents à un club de remise en forme. Par ailleurs, nous souhaitons savoir si l'association d'objectifs collectifs visant au renforcement de la cohésion sociale pourrait "augmenter" les effets bénéfiques de l'exercice physique. Méthode : Population : sur 94 échelles de dépression distribuées (CES-D), vingt deux participants ont été suspectés de dépression au sens clinique du terme (scores ≥ 17 chez les hommes et ≥ 23 chez les femmes). Nous les avons randomisés en trois groupes. Protocole : les participants du groupe 1 (G1 ; n=7) doivent participer à 3 séances hebdomadaires d'endurance pendant 20 minutes et sur une durée totale de 8 semaines consécutives. Les participants du groupe 2 (G2 ; n=7) réalisent la même tâche que ceux du groupe 1. Ils doivent par ailleurs porter un maillot identique (avec les logos du centre de remise en forme et de l'université de Reims) et réussir à atteindre un objectif collectif sur la durée totale du programme (perdre 10kg). Enfin, les participants du groupe 3 (G3 ; n=8) maintiennent leur régime d'activité habituel pendant ces 8 semaines (groupe témoin). Mesures : les participants des trois groupes complètent l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II, Beck et al., 1996) ainsi que l'échelle de cohésion sociale du Group Environment Questionnaire (GEQ, Carron, Widmeyer et Brawley, 1985) juste avant le début du programme (S0), au milieu du programme (S4), à la fin du programme (S8) et 2 semaines après la fin du programme (S10) Résultats et Discussion : Recueil des données en cours. BIBLIOGRAPHIE : Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Inventaire de Dépression de Beck-II. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Carron, A.V., Widmeyer, W.N., & Brawley, L.R. (1985). The development of an instrument to assess cohesion in sport teams: The Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport Psychology*, 7, 244-266.

Nicolas Cazenave (Centre de recherche en science du sport, Université Paris XI), **Gérard Lefort** (American Memorial Hospital, CHU de Reims)

L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied-bot

Contact : ncazenave@yahoo.fr

Des programmes sportifs de (ré)adaptation sont utilisés pour aider physiquement les personnes handicapées. Mais au delà de ce travail de connaissance de soi sur le plan purement fonctionnel, l'activité physique sportive et/ou de loisir peut servir de soutien psychologique en augmentant considérablement l'estime de soi (Fox, 2000). L'estime de soi est un construit sociopsychologique qui permet d'évaluer les conduites des individus et la perception de leur propre valeur (Rosenberg, 1979). Chez les adolescents c'est un problème prédominant (Guillon & Crocq, 2004), et, il l'est encore plus lorsqu'ils présentent un handicap, même mineur : nous avons axé notre recherche sur une population d'adolescents ayant un pied-bot ; cette pathologie courante est considérée par le sens commun comme un handicap ce qui ne favorise pas l'intégration psychosociale de ces personnes. En effet, selon Williams (1994), bien que la plus part des « handicapés » acceptent leur condition, ils sont souvent perçus par les « valides » comme une minorité désavantagée et font l'objet de généralisations et de stéréotypes. Ces stigmatisations renforcent les sentiments d'incapacités et de différences sur le plan de la santé physique et psychologique. Or, la perception du corps joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi (Bruchon-Schweitzer, 1990). C'est ce que Rosenberg et Pearlin (1978) appellent « l'évaluation ou l'appréciation miroir » de ses propres valeurs. Ainsi, plus la perception de son corps sera positive, plus le bien-être sera élevé (Bandura, 1982), et les rapports à autrui facilités (Harter, 1999). Et inversement, plus le niveau d'estime de soi sera faible et plus d'autres dimensions auto-évaluatives telles que la valeur physique et les compétences physiques en seront affectées. Notre étude cherche à savoir si la pratique d'une activité physique sportive et/ou de loisir a une réelle influence positive sur l'estime de soi chez les adolescents atteints d'un handicap. Afin d'évaluer l'estime de soi globale et celle du domaine physique, nous avons utilisé l'échelle de Rosenberg (RSES, 1965) ainsi que l'Inventaire du Soi Physique (ISP : Ninot, Delignières, & Fortes, 2000).

Rémi Ajcardi (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), **Marc Souville** (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2), **Pierre Therme** (UPRES EA 3294 "Sport, Loisir, Santé" & I.F.R. 107 "E.J. Marey", Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2)

Le risque perçu et l'expérience émotionnelle comme éléments modulateurs des interactions entre pratiques et représentations : comparaison entre pratiquants et non pratiquants d'un sport à risque

Contact : remi.ajcardi@staps.univ-mrs.fr

Introduction : La recherche en cours aborde le concept de santé par l'étude des comportements accidentogènes liés à la pratique d'activités sportives à risques et plus particulièrement, la pratique du ski. L'objectif est d'analyser le jeu d'influences réciproques entre pratiques et représentations sociales (Abric, 1994) en intégrant dans cette relation l'expérience émotionnelle et le rapport aux risques comme facteurs modulateurs susceptibles de rationaliser les pratiques et générer des représentations. Méthodologie : Nous avons alors comparé deux populations dont le rapport aux risques et l'expérience émotionnelle potentiellement vécue étaient dissemblables. L'une n'avait jamais fait de ski alors que l'autre faisait régulièrement du ski hors-piste. Nous avons d'abord fait passer une série d'entretiens semi-directifs (n=15) sur lesquels nous nous sommes ensuite appuyés pour mettre en place un questionnaire (N=60). Celui-ci était composé d'une échelle de coping (Vitaliano et col., 1985 ; traduite en français par Paulhan et col. en 1994) ainsi que de l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman (Zuckerman, 1983 ; traduite en français par Carton et col. en 1992). Le recueil des représentations sociales s'est effectué grâce à l'utilisation de questionnaires d'évocation et de caractérisation. Résultats : Les skieurs hors-piste, dont les scores de recherche de sensations sont élevés, non seulement sous utilisent les stratégies de coping qui visent à faire face au stress engendré par les émotions mais également se représentent la pratique du ski essentiellement sous l'angle des sensations que cette dernière procure. Concernant les non-skieurs, leur score de recherche de sensations est faible, ils ne sous utilisent aucune des stratégies qui visent à faire face au stress et se représentent le ski principalement à travers les risques qui sont inhérents à sa pratique. Conclusion : L'expérience émotionnel et le rapport que les sujets entretiennent avec les risques, non seulement participent à l'élaboration du contenu de la représentation du ski, mais également rationalisent les pratiques qui y sont liées. En intégrant un ou plusieurs facteurs modulateurs des interactions entre pratiques et représentations sociales, nous pouvons ainsi envisager de systématiser le fonctionnement des mécanismes cognitifs qui sous tendent l'élaboration des représentations et la régulation de l'expérience émotionnelle

Céline François (Université de Provence), **Jean-louis Pedinielli** (Université de Provence) **Pierluigi Graziani** (Université de Provence) **Ivan Druon Note**

Évaluation des processus psychologiques mis en place chez des femmes et hommes des sportifs de haut niveau

Contact : celinotte@aol.com

Objectif : Actuellement on constate chez un certain nombre de sportifs, une absence de résultats sportifs en dépit d'excellentes compétences physiques et techniques. Ce paradoxe semble être majeur chez des femmes sportives de haut niveau, lorsque nous les comparons à leurs homologues masculins. Au-delà de facteurs sportifs tels que des méthodes et des consignes d'entraînements identiques, on constate une très faible prise en compte des caractéristiques psychologiques (traits de personnalité, anxiété, estime de soi), spécifiques aux hommes et femmes. Nous pensons que ce paradoxe pourrait être du à l'importance ou non de facteurs psychologiques. Notre hypothèse est que l'écart entre performance attendue et performance réelle chez des hommes et femmes sportifs est lié à l'articulation et l'intensité de trois variables : traits de personnalité, estime de soi, anxiété. Certains traits de personnalité associés à une mauvaise estime de soi ou à une faible anxiété entraîneraient des performances minimales. Méthodologie : la population est composée de 40 sportifs de haut niveau âgés de 18 à 30 ans (20 femmes, 20 hommes) vivant en centre d'entraînement. Les outils utilisés sont : - Le Questionnaire de personnalité du Sportif de Thill permet d'évaluer 14 traits de personnalité (349 items) - La STAI de Spielberger permet d'évaluer le niveau de d'anxiété trait des sujets - Le Self Estimated Inventory de Coopersmith permet d'évaluer l'estime de soi Résultats : Les résultats mettent en évidence des différences significatives qui sont: - Les hommes et femmes ont une faible estime de soi avec un meilleur score chez les hommes - Les hommes ont une désirabilité sociale supérieure aux femmes - Les hommes et femmes ont une forte introversion - Les hommes et femmes ont une faible anxiété avec un score supérieur chez les femmes - Les hommes ont de meilleurs résultats sportifs que les femmes

Martha Cécile (Upres EA 3294, Université de la Méditerranée), **Souville Marc** (Upres EA 3294, Université de la Méditerranée), **Griffet Jean** (Upres EA 3294, Université de la Méditerranée.)

Sport et santé : une relation ambiguë

Contact : cecile.martha@staps.univ-mrs.fr

Problématique : L'idée selon laquelle la pratique d'un sport possède des effets bénéfiques directs sur la santé est une conception profane largement répandue mais aussi une idée étayée par un certain nombre de démonstrations scientifiques. En revanche, les effets indirects du sport sur la santé n'ont pas été démontrés de manière probante (Vuori et al., 1995). Si la pratique physique est souvent associée à un mode de vie sain, avec des attitudes favorables pour la santé physique et la prévention, les études scientifiques sur ce sujet présentent des résultats controversés (Souville et al., 2002). Objectif : Le but de ce travail est d'étudier l'ambiguïté de la relation entre le sport et la santé. Méthode : 1230 adolescents et jeunes adultes de la région PACA ont rempli un questionnaire auto-administré. Résultats – Discussions : Dans notre échantillon, 78% des sujets s'adonnent régulièrement à une ou plusieurs activités sportives. 61% des sportifs rapportent au moins un accident corporel au cours de leur pratique. Des fréquences encore plus élevées d'accidents corporels (plus de 5 fois au cours des 3 dernières années) sont rapportées par 9% des sportifs et sont associées à certaines modalités de pratique, notamment la pratique intensive ou la participation à des compétitions. Toutefois, en dépit des accidents corporels qui semblent associés au sport pratiqué de manière intensive, dans notre échantillon les sportifs adoptent des attitudes plus sécuritaires que les non-sportifs dans certains domaines de la vie courante : ils sont moins nombreux à consommer du tabac, du cannabis, et perçoivent mieux les risques inhérents à la consommation de cannabis au volant. Mais dans d'autres domaines, cette relation s'inverse, les sportifs boivent plus d'alcool que les non-sportifs et minimisent les risques inhérents à la consommation de bière au volant. Conclusion : Conformément aux données actuelles de la littérature, les relations entre le sport et la santé ne peuvent être considérées comme univoques. Ce champ d'investigation nécessite une analyse plus détaillée de la relation entre des pratiques à risque et des indicateurs de perception du risque dans des domaines variés de la vie courante.

Frédéric Boudin (Université F. Rabelais-Tours), **Christian Réveillère** (Université F. Rabelais-Tours), **Muriel Garcin** (Université des Sciences du Sport, Lille 2), **Laurence Hamard** (Université des Sciences du Sport, Lille 2), **Véronique Billat** (Centre de Médecine du sport, C.C.A.S. Paris), **Michel Lhermitte**, (Université de Pharmacie, Lille 2, Laboratoire de biochimie, CHR & U de Lille)

Facteurs de risques des pratiques des conduites addictives chez des adolescents sportifs de niveau sub élite coureurs de demi-fond dans la région Nord – Pas de Calais

Contact : fboudin@modulonet.fr,

L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de risque psychologiques et liés à la pratique sportive des conduites addictives (consommations de produits dopants et troubles du comportement alimentaire) chez des sportifs de niveau sub-élite. L'étude a été réalisée auprès de 196 personnes réparties en quatre groupes : (1) 49 coureurs de demi-fond, sport individuel et demandant de l'endurance, (2) 15 sprinters qui fournissent dans leur pratique des efforts intenses et brefs, (3) 51 joueurs d'un sport collectif (handball), (4) 70 adolescents ne pratiquant pas de sport en tant que groupe contrôle. La présence de produits dopants était déterminée à partir de l'analyse toxicologique de l'urine des participants selon le protocole du Comité International Olympique. Les troubles du comportement alimentaire étaient évalués par le biais d'un cahier alimentaire et de l'Eating Disorders Inventory (EDI). Les variables psychologiques évaluées étaient les suivantes : (1) traits de personnalité avec (a) le NEOPI-r et (b) l'inventaire d'anxiété-trait (STAI Y-A), (2) stratégies d'ajustement aux demandes émotionnelles de l'environnement : « Way of Coping Checklist » (Cousson et al., 1996) et enfin (3) indices d'état psychologique tels que (a) le stress perçu (Cohen & Williamson, 1988), (b) la qualité de vie (WHOQOL-26), (c) l'anxiété-état (STAI Y-B). Onze participants (5,6%) ont été détectés positifs au cannabis, et 8 protocoles psychologiques ont pu être traités. Les données traitées par une ANOVA de Kruskal-Wallis indiquent que les consommateurs de cannabis rapportent une meilleure santé psychologique et ont des profils de personnalité moins vulnérables au développement de troubles émotionnels que les non consommateurs. La pratique sportive n'est pas apparue comme un facteur de risque des conduites addictives. Ces résultats contraires à nos attentes seront discutés.

Rollon Poinsot (Institut Curie, Unité de Psycho-Oncologie, Paris), **Anne Brédart** (Institut Curie, Unité de Psycho-Oncologie, Paris), **Alexia Savignoni** (Institut Curie, Unité de Biostatistiques, Paris), **Bernard Asselain** (Institut Curie, Unité de Biostatistiques, Paris), **Antonia Altmeyer** (Centre Paul Strauss, Unité de Psycho-Oncologie, Strasbourg), **Thierry Conroy** (Centre Alexis Vautrin, Nancy) **Eliane Marx** (Centre Paul Strauss, Strasbourg) **Simon Schraub** (Centre Paul Strauss, Strasbourg) **Mireille Cosquer** (Institut Curie, Paris) **Monique Sévellec** (Institut Curie, Paris) **Chantal Rodary** (Institut Gustave Roussy, Villejuif) **Mariette Mercier** (CHU, Besançon) **Michel Fabbro** (Centre Val d'Aurelle Paul Lamarque, Montpellier) **Stéphane Guerif**, (CHU, Poitiers) **Paul Dickès** (Université Nancy II, Nancy), **Pascal Antoine** (Université Charles de Gaulle, Lille), **Sylvie Dolbeault** (Institut Curie, Paris)

La satisfaction des patients atteints d'un cancer en traitement de chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire : Première étape dans l'étude multicentrique des propriétés psychométriques du questionnaire de satisfaction PATSAT-35.

Contact : rollon.poinso@curie.net

PROBLEMATIQUE : La satisfaction des patients par rapport aux soins devient un enjeu majeur en santé. En cancérologie, le groupe « Qualité de vie » de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) a élaboré un questionnaire spécifique au contexte d'hospitalisation, le QLC-PATSAT-32 (Quality of Care – Patient Satisfaction, 32 items). Toutefois, les thérapeutiques s'effectuant de plus en plus en externe, un outil multidimensionnel, le QLC-PATSAT-35, a été élaboré à partir du PATSAT-32. Cet instrument porte sur des aspects de soins précis et importants pour les patients traités par chimiothérapie ou radiothérapie ambulatoire. **OBJECTIF** : Le travail consiste en une étude multicentrique de validation (fiabilité, validité de structure, consistance interne, validité divergente). **METHODES** : Sept centres ont inclus 416 patients (205 en chimiothérapie de jour et 211 en radiothérapie externe). Les analyses ont d'abord été effectuées de manière confirmatoire, selon les recommandations de l'EORTC (analyse descriptive des items, analyses multi-trait multi-méthode, calcul des coefficients alpha de Cronbach des sous-échelles postulées, et analyse de la validité divergente comparant le PATSAT-35 au questionnaire de qualité de vie QLQ-C30). Il a été fait également des analyses factorielles confirmatoires (modèles structuraux). Dans un deuxième temps, afin de discuter la structure dimensionnelle de l'outil, des analyses de type exploratoire ont été effectuées (analyses en composantes principales, analyses factorielles avec rotations orthogonale et oblique, et classifications hiérarchiques ascendantes). **RESULTATS** : Les items montrent une bonne sensibilité, et l'homogénéité des sous-échelles postulées est satisfaisante (alpha de 0,72 à 0,96). De plus, le PATSAT-35 n'est pas redondant avec le QLQ-C30. Toutefois, si la validité structurelle paraît suffisante pour l'emploi du PATSAT-35, différentes questions sont à considérer, notamment les fortes corrélations inter-items. Plus avant, les analyses exploratoires soulignent l'intérêt de revoir le nombre des dimensions issues des données ce qui permettrait, tout en respectant sa pertinence clinique, une simplification de structure et une réduction du nombre d'items de l'instrument. **CONCLUSION** : Les qualités du PATSAT-35 permettent l'évaluation de la satisfaction par rapport aux soins des patients atteints d'un cancer traités par chimiothérapie en hôpital de jour ou en radiothérapie externe. Il reste nécessaire de prolonger son étude.

Lionel Diébold (Université de Provence)

Cancer : de la rupture à la soudure psychique

Contact : lionel.diebold@wanadoo.fr

Le discours des patients atteints de cancer parle de la dimension traumatique du temps de l'information. Cette information constituerait, à mon sens, une première crise. En effet, c'est le temps de la révélation, celui de l'annonce de la maladie, de la stratégie et des pronostics. Je m'appuie sur la pensée de Canguilhem (1966) à laquelle je souscris : « Le propre de la maladie c'est de venir interrompre un cours, d'être proprement critique. Même quand la maladie devient chronique, après avoir été critique, il y a un autrefois dont le patient ou l'entourage garde la nostalgie ». Cette rupture de la vie d'avant désoriente le malade, le désorganise dans le déroulement de sa vie. C'est une crise. Je propose le terme de soudure psychique pour consacrer la résolution du traumatisme consécutif à l'annonce du diagnostic. La soudure se constitue d'un alliage ajouté. Cet alliage représente aussi l'effet fécond de l'inter-subjectivité, d'où un alliage réparateur, qui fond sous l'effet de la flamme, comme l'étain fond sur le cuivre, et je souligne la portée avec le fondre de passion dans la relation amoureuse – sur la rupture. La crise se fonde sur une temporalité brève qui fait rupture avec la réalité d'avant. Et, c'est dans ce moment particulier de l'annonce diagnostic que le sujet malade « assommé » par cette révélation doit choisir les stratégies de soins qui le concerne. Ainsi, la santé n'est pas un état constant ; elle est ponctuée de maladies, comme autant de crises. « L'expérience du vivant inclut en fait la maladie » (Canguilhem, *ibid*). La maladie grave s'inscrit autour de ce déséquilibre. Un remaniement psychique s'impose pour permettre au sujet malade de dépasser l'expérience subjective

vécue. Aussi, je propose de considérer la liaison psychique et la déliaison psychique (Freud, 1938 ; Green, 1971), comme le modèle du passage d'une phase de désorganisation à une phase de réorganisation. J'ai émis l'hypothèse qu'on peut observer une rupture psychique et une soudure psychique dans le discours des malades atteints de cancer. La démarche qualitative que j'ai soutenue a été mise à l'épreuve dans la parole des sujets malades.

Carine Segrestan (Université Victor Ségalen Bordeaux II), **Nicole Rascle** (Université Victor Ségalen Bordeaux II), **Marie Crozillac** (Université Victor Ségalen Bordeaux II)

Construction d'un questionnaire de soutien social pour patients atteints d'un cancer et leur partenaire

Contact : carine.segrestan@etud.u-bordeaux2.fr

Pour les besoins d'une étude longitudinale portant sur les fluctuations de plusieurs variables psychologiques (détresse, qualité de vie et coping) chez des couples dont la femme a un cancer du sein ou un cancer colorectal, nous construisons une échelle spécifique à la pathologie cancéreuse. En effet, les instruments de soutien social déjà existants ne prennent généralement pas en compte la globalité de ce concept (réseau de soutien, comportements de soutien, appréciation subjective du soutien) et peu d'entre eux correspondent à ce que vivent les patients cancéreux. Cinquante entretiens semi-structurés ont été menés par deux psychologues auprès de personnes atteintes d'un cancer mais aussi auprès de leur partenaire. Nous avons volontairement rencontré des personnes atteintes de tous types de cancers. Des patients et des conjoints ont été interviewés au début de la maladie, d'autres pendant les traitements (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie...) ou à l'occasion de consultations de surveillance. Ainsi le questionnaire pourra-t-il être administré à toute personne atteinte d'un cancer et à toute phase de sa maladie, mais aussi à son partenaire. Les items seront donc issus de matériaux qualitatifs propres (cinquante entretiens) mais aussi de la littérature et des échelles existantes. L'échelle sera ensuite administrée à 500 personnes (250 malades hommes et femmes, et 250 conjoints hommes et femmes) dans différents services d'oncologie et de radiothérapie de France (Bordeaux, Lyon, Lille, Paris...). Une analyse en composantes principales de leurs réponses devrait permettre d'identifier plusieurs facteurs. Seuls les items saturés à plus de 0,40 et sur un seul facteur seront retenus. Le questionnaire sera rempli à plusieurs reprises afin d'évaluer la fidélité test-retest de l'outil. D'autres échelles seront administrées en parallèle (questionnaire de soutien social, d'ajustement dyadique, de qualité de vie et de détresse psychologique) afin d'établir les validités convergente et prédictive. L'intérêt de l'outil et ses applications seront ensuite discutés.

Carine Segrestan (Université Victor Ségalen Bordeaux II), **Florence Cousson-Gélie** (Université Victor Ségalen Bordeaux II)

Rôle de certains facteurs psychologiques et sociaux sur l'ajustement à une biopsie chirurgicale mammaire et au diagnostic de cancer du sein

Contact : carine.segrestan@etud.u-bordeaux2.fr

Une recherche semi-prospective a été menée sur un échantillon de 64 femmes, admises dans un institut pour une biopsie chirurgicale mammaire. Certains facteurs psychosociaux (antécédents sociobiographiques, médicaux et psychologiques) sont mesurés après l'annonce de la nécessité d'une biopsie (T1). Certains processus transactionnels (stress perçu, contrôle perçu, soutien social perçu et coping) sont évalués la veille de l'intervention (T2). Les critères (anxiété-état, dépression, qualité de vie) et le coping spécifique au cancer sont mesurés un mois (T3) et quatre mois (T4) après la chirurgie. Les critères s'organisent en une dimension générale de mauvais ajustement. Les patientes ayant un diagnostic de cancer du sein ont des moyennes significativement plus importantes concernant le coping centré sur l'émotion (T2) et un mauvais ajustement général un mois après la biopsie (T3). Deux antécédents (âge et dépression-trait) et cinq variables transactionnelles (penser que la santé dépend de la chance et non de l'entourage ou du personnel médical, des troubles comportementaux et inquiétudes liées à l'opération, un coping centré sur la recherche de soutien social, une stratégie d'impuissance/désespoir) prédisent un mauvais ajustement à un et quatre mois de la chirurgie. Les stratégies de coping spécifiques au cancer, mises en place un mois après le diagnostic restent stables trois mois plus tard. La disponibilité du soutien social (T2) module la relation entre l'âge (T1) et le mauvais ajustement (T4). Un rôle modérateur est également attribué à l'esprit combatif (T3) : il atténue l'impact de la dépression (T1) sur le mauvais ajustement (T4). La question du coping comme processus ou variable dispositionnelle est posée. L'importance d'une prise en charge précoce des patients cancéreux, par la mobilisation de l'entourage, la prise en compte de la détresse et le développement de l'esprit combatif à l'aide des thérapies cognitives et comportementales, est discutée.

Véronique Christophe (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3), **Marjolaine Corbeil** (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3), **Sylvie Leroy** (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3), **JJH Laffitte** (Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique - Hôpital Calmette – CHRU de Lille), **Valérie Vanghent** (Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique - Hôpital Calmette – CHRU de Lille), **CH Marquette** (Service de Pneumologie et d'Oncologie Thoracique - Hôpital Calmette – CHRU de Lille), **Jean Louis Nandrino** (UPRES Temps, Emotion et Cognition, Université Charles de Gaulle - Lille 3)

Que pense la famille de la prise en charge relationnelle et émotionnelle de ses proches ? : Étude pilote en oncologie thoracique

Contact : veronique.christophe@univ-lille3.fr

Les tâches et fonctions des différents corps de métiers de soignants au sein d'un service hospitalier sont officiellement régies par des décrets d'application. Même si elles ne font pas réellement partie de leur « portefeuille de compétences » officiel, les soignants mettent quotidiennement en œuvre des compétences de prise en charge émotionnelle et relationnelle (Morasz, 2002). Trois acteurs principaux composent le système de soins : les soignants, les patients et leur famille (Razavi & Delvaux, 2002 ; Grunfeld, Coyle & al., 2004). Nous nous sommes intéressés aux représentations et perceptions sociales de l'entourage familial concernant les aspects relationnels et émotionnels de la prise en charge des patients. Dix-neuf référents familiaux ou sociaux – désignés par le patient et avec son consentement - ont accepté de participer à des entretiens semi-directifs relatifs à la prise en charge émotionnelle et relationnelle de leur proche réalisée par les différents corps de métiers d'un service d'oncologie thoracique. L'analyse qualitative et quantitative des données textuelles a été effectuée avec le logiciel « Sphinx Lexica » afin de regrouper les différentes réponses comportementales émises, sous un ensemble de catégories représentatives. Les thèmes essentiellement abordés par les membres des familles concernaient le support social émotionnel, instrumental et informatif, la perception sociale en termes de traits et jugements de personnalité des différents corps de métiers. Alors que l'étude ne portait pas sur leur propre vécu émotionnel, les résultats mettent en évidence de manière prégnante diverses catégories relatives à leur propre souffrance face à la maladie de leur proche, ainsi qu'aux stratégies d'adaptation utilisées pour y faire face. L'analyse comparative des différentes catégories de soignants – médecins, infirmières, aides-soignantes – révèle de nettes variations selon les dimensions abordées : les critères émotionnels et relationnels seraient davantage perçus et rapportés pour les infirmières et aides-soignantes (non différenciées par ailleurs) que pour les médecins représentés de manière prépondérante par le support social informatif. Ces premiers résultats semblent confirmer les représentations sociales et stéréotypées des rôles sociaux et professionnels des soignants. Des données complémentaires sont en cours de traitement pour comparer les perceptions des soignants et des patients sur cette prise en charge relationnelle spécifique.

Véronique Giraud (Université de Bordeaux 2), Marilou Bruchon-Schweitzer (Université de Bordeaux 2), Alain Ravaud (Service d'Oncologie Médicale, Hôpital Saint André, CHU Bordeaux)

Etude des effets dépressogènes des immunothérapies chez des patients atteints de cancers du rein métastatiques.

Contact : veronique.giraud@etud.u-bordeaux2.fr

OBJECTIFS : De par leur action immunomodulatrice, les cytokines sont utilisées à des fins thérapeutiques pour le traitement des cancers. Ces traitements s'accompagnent fréquemment d'effets secondaires qui peuvent affecter la qualité de vie du patient. Les complications psychologiques et psychiatriques qui s'installent durant le traitement sont en partie mal connues et restent imprévisibles. Le principal objectif de cette étude a été d'étudier les effets dépressogènes des traitements par immunothérapie et de préciser si ces effets dépressogènes sont spécifiques aux traitements par immunothérapie versus hormonothérapie. **METHODE ET PATIENTS :** 66 patients traités par cytokines (IL-2 et/ou IFN-alpha) et 12 patients traités par hormonothérapie (Médroxyprogestérone) comme bras de référence ont été inclus dans cette étude. La symptomatologie dépressive des patients a été évaluée par la MADRS, à J1 (premier jour de traitement), J5, J14, J28 et au 2ème mois de traitement. **RESULTATS :** Les analyses de Variance sur Mesures Répétées (ANOVA) montrent que les patients traités par IL-2+IFN-alpha, développent une symptomatologie dépressive, notamment à partir du 14è jour de traitement (Graphique) et à J28 pour les patients traités par IFN-alpha (9 MUI) ou IL-2. On ne peut pas parler de symptomatologie dépressive pour les patients recevant une hormonothérapie. De plus les traitements par immunothérapie produisent des effets émotionnels différents selon les cytokines administrées. **CONCLUSION :** Nous avons donc démontré qu'il existe bien un effet dépressogène spécifique des cytokines administrées. Les patients traités par hormonothérapie ne sont pas spécifiquement déprimés. Le pic de la symptomatologie dépressive (MADRS) est plus précoce lors de l'association des cytokines en comparaison des traitements par IL-2 ou INF alpha administré en monothérapie. La symptomatologie dépressive s'accroît avec le temps puis semble se stabiliser. Nous remercions la Fondation de France et la Ligue Nationale Lutte Contre le Cancer.

Aurore Liénard (Université Libre de Bruxelles), **Isabelle Bragard** (Université de Liège), **Etienne Anne-Marie** (Université de Liège), **Libert Yves** (Université Catholique de Louvain), **Merckaert Isabelle** (Université Libre de Bruxelles), **Meunier Julie** (Université Catholique de Louvain), **Christine Reynaert** (Université Catholique de Louvain), **Darius Razavi** (Université Libre de Bruxelles)

Formation à la communication et à la gestion du stress d'assistants spécialistes en oncologie : une étude randomisée évaluant l'impact sur le niveau de stress des médecins

Contact : alienard@ulb.ac.be

Les programmes de formation à la communication ont montré leur efficacité en termes d'amélioration de la reconnaissance des problèmes psychosociaux des patients, de changements des attitudes, d'apprentissage de nouvelles habiletés (Fallowfield et al., 1998 ; Baile et al., 1999 ; Jenkins et Fallowfield, 2002 ; Fallowfield et al., 2002 ; Razavi et al., 2003). Cependant, peu d'études se sont intéressées à leur impact sur le niveau de stress des médecins. Il s'agit d'une étude randomisée évaluant l'impact d'une formation à la communication et à la gestion du stress professionnel. Les enjeux de l'étude sont les habiletés de communication des médecins, les mesures biologiques et psychologiques du stress des médecins, la reconnaissance de la détresse des patients par les médecins, et la satisfaction des patients par rapport à la consultation. Les médecins inclus dans l'étude doivent travailler avec des patients cancéreux et parler français. Une procédure de randomisation permet de répartir les médecins en deux groupes, le premier reçoit directement les 40 heures de formation et le second y participera de manière différée. Les évaluations ont lieu avant le programme de formation (T 1) et 5 mois plus tard (T 2). La procédure d'évaluation inclut, à chaque temps d'évaluation deux consultations simulées enregistrées et filmées et des mesures sociodémographiques, biologiques et psychologiques. Le programme de formation consiste en 20 heures d'entraînement aux habiletés de communication de base et de gestion des émotions des patients, 10 heures d'entraînement aux habiletés de communication en consultation avec un patient accompagné d'un proche et 10 heures d'entraînement à la gestion du stress. Les enregistrements des consultations simulées sont retranscrits et analysés à l'aide de l'adaptation française (Razavi et al, 1993) du "Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual" (Booth et al, 1991). Le rythme cardiaque des médecins est enregistré tout au long de la consultation simulée en utilisant un holter ambulatoire. De plus, la pression sanguine est déterminée à l'aide d'un appareil ambulatoire et des échantillons de salive sont récoltés pour déterminer les concentrations de cortisol. Soixante assistants spécialistes sont actuellement impliqués dans le programme de recherche qui a début en octobre 2003.

Cathya Cypowyj (INSERM U 379 Marseille , Marseille, Equipe de psychologie sociale de la santé : LPS, Université Aix-Marseille I), **Michel Morin** (INSERM U 379 Marseille, Equipe de psychologie sociale de la santé : LPS, Université Aix-Marseille I), **François Eisinger** (UMR 599, Département d'oncologie Génétique/INSERM EPI9939, Institut Paoli-Calmettes), **Françoise Chabal** (INSERM U379), **Hagay Sobol** (UMR 599, Département d'oncologie Génétique/INSERM EPI9939, Institut Paoli-Calmettes), **Claire Julian-Reynier** (INSERM U 379 Marseille).

Gestion de l'incertitude face aux risques de cancer et aux risques de prédisposition génétique.

Contact : cypowyj@marseille.inserm.fr

La recherche d'une prédisposition au cancer dans une nouvelle famille au moyen de tests génétiques conduit dans la majorité des cas à une absence d'identification de mutation des 2 gènes principaux en cause (BRCA1/2). L'interprétation de ces résultats laisse les patients dans l'incertitude, dans la mesure où l'on ne sait pas s'ils correspondent à de vrais négatifs ou à des limites techniques. Ces résultats sont qualifiés de « non-informatifs » par les médecins.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les modalités d'ajustement des patientes découlant des incertitudes relatives aux risques génétiques et aux risques de cancer, dans un contexte de résultats négatifs « non-informatifs ».

Méthode : Analyse qualitative des commentaires de patientes ayant une histoire personnelle et familiale de cancer (N=73), commentaires faits dans le cadre d'auto-questionnaires administrés durant leur parcours d'identification des mutations BRCA. Ces questionnaires incluant des questions, fermées, ouvertes et des commentaires libres, étaient complétés avant les résultats des tests, dans le mois suivant l'annonce des résultats, 6 mois, 12 mois et 24 mois plus tard. Cette analyse qualitative a été exécutée à l'aide du logiciel N'vivo.

Résultats : l'âge moyen de ces patientes ayant un cancer du sein (n= 61 (83,6%)), de l'ovaire (n=5 (6,8%)) ou un autre type de cancer (n=7 (9,5%)) était de 52 ans (ET=9,9) ; 61 (83,6%) avaient des enfants. Entre les deux réactions extrêmes possibles à l'annonce des résultats négatifs, à savoir que l'incertitude liée au risque génétique a été dissoute par une interprétation de l'absence de résultat comme une absence de mutation et donc de risque ou bien, qu'en dépit de ces résultats négatifs, ces femmes demeurent convaincues de la responsabilité d'une mutation dans l'apparition de leur cancer , il a été possible de relever

un éventail de modulations dans les réactions à cette situation floue que ces femmes adoptent pour elles ou leur famille et qu'elles ajustent, au gré des événements qui les affectent.
Les manières de faire face aux incertitudes pour ces femmes, si elles sont partiellement déterminées par des données médicales seraient souvent fortement liées à leur histoire familiale et aux événements qui interviennent dans leurs vie.

Caroline Pelletti (**INSERM U 379 Marseille, Marseille, Equipe de psychologie sociale de la santé : LPS, Université Aix-Marseille I**), Claire Julian-Reynier (**INSERM U 379 Marseille**), F.Maylevin (**Comité de patients Ligue Nationale Contre le Cancer, FNCLCC Paris**), J. Genève (**FNCLCC, Paris**), Dominique Maraninchi (**FNCLCC Paris, Institut Paoli-Calmettes, Marseille**) et Michel Morin (**INSERM U 379 Marseille, Marseille, Equipe de psychologie sociale de la santé : LPS, Université Aix-Marseille**)
Participation des patients aux essais cliniques : Approche psychosociale en cancérologie
Contact : pelletti@marseille.inserm.fr

Les patients inclus dans un essai clinique doivent trouver leur place dans les espaces inter reliés mais parfois contradictoires que sont la pratique clinique et la recherche médicale. L'objectif de cette étude est d'apporter un éclairage psychosocial sur les productions écrites de patientes atteintes d'un cancer du sein face à la proposition théorique d'un essai clinique. Elle est réalisée à partir d'une enquête épidémiologique associée à deux groupes de patientes atteintes d'un cancer du sein mais qui diffèrent par leur inclusion ou non dans un essai thérapeutique (questions fermées et ouvertes posées au cours de la première chimiothérapie).

Dans ce questionnaire, les patientes doivent exprimer si elles participeraient à un essai clinique puis justifier leurs réponses.

Une analyse thématique des commentaires des 500 participantes a été réalisée. Les justifications sont classées en trois catégories : "raisons données pour accepter de participer à un essai", "pour refuser" et "acceptations conditionnelles".

Parmi les raisons exprimées pour justifier une éventuelle acceptation, il y a une majorité de réponses « altruistes » (79% des déclarations) contre 17% de réponses de type « bénéfice personnel ».

Pour justifier un refus de participer, les réponses liées aux craintes perçues par rapport à l'efficacité du nouveau traitement sont les plus fréquentes (51% des "refus"). L'analyse rend également saillantes des déclarations liées à une attitude négative face au design de l'essai : la randomisation (15%).

Enfin, des patientes émettent des conditions pour une éventuelle acceptation. La plupart sont liées au nouveau traitement ("si plus efficace", "si moins d'effets secondaires"), d'autres aux comportements du médecin ("s'il est attentif, à l'écoute", "s'il informe bien").

Nous présenterons les réponses en fonction de l'inclusion ou non des participantes dans l'essai. C'est une des articulations entre données qualitatives et quantitatives. Ces réponses interrogent un possible biais de désirabilité sociale à l'origine des productions liées à l'acceptation d'un essai.

Véronique Christophe (Université de Lille 3 - UPRES Temps, Emotion & Cognition)

L'annonce du diagnostic en éducation thérapeutique du patient : Une étape difficile à franchir pour tous

Contact : veronique.christophe@univ-lille3.fr

L'éducation thérapeutique du patient est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants. La formation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. Elle doit aussi permettre au patient et à ses proches de mieux collaborer avec les soignants (Recommandations de l'O.M.S., 1998). Dans ce cadre, l'annonce du diagnostic est une étape cruciale et critique dans le parcours du patient. En effet, à travers l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique se dessine non seulement la mise en place du programme de soins, mais aussi l'observance thérapeutique future. Or, il est clair aujourd'hui qu'annoncer une « mauvaise nouvelle » en matière de santé représente pour tous les acteurs – patients, proches et soignants – une situation dite de « crise » difficile à surmonter. L'objet de cette communication sera de montrer en quoi cette étape est primordiale dans la mise en place d'un programme en éducation thérapeutique du patient, et qu'elle revêt différentes facettes selon que l'on se place du point de vue du patient, du proche ou du soignant. Il s'agira plus particulièrement de mettre en évidence l'impact psychologique et émotionnel (perception du risque, stratégies d'ajustement, détresse psychologique, anxiété, verbalisation et compréhension des informations médicales transmises etc.) et social (stigmatisation, identité sociale, déstabilisation du système social et familial, représentations sociales de la pathologie et de ses conséquences etc.) de ce colloque singulier (Lacroix, 1996 ; Morin, 2004 ; Gross, 1995 ; Fallowfield, 1993 ; Jenkins & Fallowfield, 2002). Nous tenterons d'apporter quelques éléments de réponses aux conditions minimales à aménager afin de procéder à cette annonce diagnostic (aménagement des consultations d'annonce, organisation temporelle et spatiale, guides pratiques comportementaux d'annonce etc.), et tenter ainsi de soulager la tension émotionnelle émergente du système en présence (Baillet & Pélacier, 1998 ; Girgis et al, 1995 ; Baile et al., 1999 ; Buckman, 2001).

Martine Diedrich (Laboratoire de psychologie de la santé (EA3477). U.F.R -S.H.A. île du Saulcy 57045 Metz Cedex), **Elise Marchetti** (Laboratoire de psychologie de la santé (EA3477). U.F.R -S.H.A. Ile du Saulcy. 57045 Metz Cedex), **Martine Batt** (Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. Hôpital Central C.H.U. Nancy. C.O. n°34 - 54035 Nancy Cedex & GRC-LPI (EA1129). Université Nancy2. BP 3397. 54015 Nancy Cedex), **Alain Trognon** (GRC-LPI (EA1129). Université Nancy2. BP 3397. 54015 Nancy Cedex), **Phillipe Lonchamp** (Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. Hôpital Central C.H.U. Nancy. C.O. n°34 - 54035 Nancy Cedex), **Jean Paysant, Claudine Cornet Thierry Montaut & Frédérique Souel** (Unité d'évaluation et de traitement de la douleur. Hôpital Central C.H.U. Nancy. C.O. n°34 - 54035 Nancy Cedex)

L'entretien pluridisciplinaire en consultation de la douleur chronique : analyse interlocutoire

Contact : m.batt@chu-nancy.fr

L'objectif général de notre travail est la mise en évidence des aspects spécifiques de l'entretien qui se déroule en consultation de la douleur chronique entre l'équipe pluridisciplinaire (CHU Nancy) et les consultants. Méthode : Afin d'étudier la complexité de cette situation de communication interactive, nous nous sommes référés au modèle théorique biopsychosocial établi en psychologie de la santé (Spitz, 2002) et nous avons exploité une méthode d'analyse des interactions verbales, la Logique Interlocutoire (Trognon & Batt, 2003). Les deux consultations que nous présentons ont été enregistrées (audio) et restituées en corpora par une transcription intégrale avant d'être traitées comme une suite de 2500 énoncés. Analyse : Nous avons distribué les énoncés dans des groupes en fonction des dimensions thématiques abordées, puis calculé et comparé leur fréquence. Nous avons ensuite analysé la gestion des interventions par les différents interlocuteurs. Résultats : Quelle que soit la consultation, et bien que le modèle théorique biopsychosocial ne soit pas appliqué en particulier par les interlocuteurs, ce sont ses dimensions thématiques qui émergent. L'accomplissement des actes de parole ne se distribue pas de manière aléatoire sur les intervenants ($p=0.001$). Conclusion : Nous avons montré que les entretiens étudiés en consultation douleur sont typiquement contrastés à ceux des consultations médicales traditionnelles (ten Have, 1991 ; Mischler, 1984). Références : Mischler, E. (1984). The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Norwood, N J: Able. Spitz, E. (2002). Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique. In G. N. Fischer, Traité de psychologie de la santé (pp. 283-300). Paris : Dunod. ten Have, P. (1991). Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction. In D. Boden & Don H. Zimmerman (Eds.), Talk & Social Structure, Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis (pp. 138-163). Cambridge: Polity Press. Trognon, A. & Batt, M. (2003). Comment représenter le passage de

Pauline Dalmon (Université de Toulouse le Mirail- Laboratoire CERPP), **Sordes-Ader Florence** (Université de Toulouse le Mirail- CERPP)

Les difficultés d'adaptation face à l'insuffisance rénale chronique terminale : de la suradaptation à la non observance.

Contact : pdalmon@hotmail.com

L'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie chronique lourde nécessitant pour la survie du patient que ce dernier assiste à trois séances de dialyse par semaine (de 3-4 heures chacune), de suivre un régime alimentaire et hydrique ainsi que de prendre quotidiennement des médicaments et de se soumettre à des examens médicaux réguliers. Les personnes qui en sont atteintes voient leur vie entièrement bouleversée et font l'expérience de la maladie au long court semée d'incertitudes (quant à l'avenir, à l'évolution de la maladie,...), d'angoisses, de deuils et de pertes (perte de certains rôles sociaux, du sentiment de toute puissance...). Dans le cas, de l'insuffisance rénale chronique, la dépendance à la machine, les différents aspects du traitement rappelle au sujet qui en est atteint, que chaque jour il recule les limites de la mort. Selon Cupa (2002), le sujet dialysé est dans une situation identique à celle d'un survivant. Cette proximité avec la mort, le deuil sans fin dans lequel est plongé le malade et les multiples contraintes et conséquences de cette affection peuvent soulever de nombreuses angoisses et difficultés. Ces dernières peuvent alors entraver l'adaptation à la maladie. Ainsi, en appuyant nos propos sur des entretiens que nous avons effectués auprès de personnes dialysés à la clinique du Pont-de-Chaume de Montauban, nous verrons quelles répercussions sociales, physiques et psychologiques entraînent cette affection et en quoi elles peuvent avoir une influence sur l'adaptation faisant que certains d'entre eux peuvent avoir des comportements de suradaptation ou à l'inverse de comportements de négligence, de non observance.

Michèle Koleck (Université Bordeaux 2 Victor Segalen), **Xavier Borteyrou** (Université Bordeaux 2 Victor Segalen), **Jean Guérin** (CHU de Bordeaux), **Patricia Gabinski** (CHU de Bordeaux), **Patrick Brochard** (CHU de Bordeaux) **Florence Fernet** (CHU Bordeaux)

Lombalgie chronique chez le personnel soignant et médico-technique : premiers résultats d'une étude longitudinale

Contact : michele.koleck@u-bordeaux2.fr

Par sa forte prévalence dans les pays industrialisés (35 à 50%), la lombalgie commune constitue un problème majeur de santé publique. C'est une pathologie de l'adulte en activité, ce qui entraîne un coût économique important largement imputable (70 à 80%) à la forme chronique de l'affection qui ne représente pourtant que 7 à 10% des cas. L'ensemble des études portant sur la population générale souligne de manière récurrente l'influence de facteurs psychosociaux dans le passage à la chronicisation. Les facteurs organiques qui sont à l'origine des lombalgies aiguës peuvent continuer à intervenir mais d'autres facteurs d'ordre comportemental ou émotionnel gagnent en importance au cours du temps de manière à enfermer le patient dans une situation difficilement réversible. Le personnel soignant et médico-technique est particulièrement exposé, l'incidence de la lombalgie étant aussi élevée que chez les travailleurs manuels de l'industrie. Le taux de prévalence annuelle est de 40 à 50%. Il est de 35 à 80% au cours de leur vie et atteint 81,31 pour les infirmières de soins intensifs. Dans cette étude longitudinale, les sujets sont recrutés sur leur lieu de travail par le service de médecine du travail du CHU de Bordeaux. Ils sont interrogés à quatre reprises (inclusion, 3 mois, 6 mois, 1 an). Ils font l'objet d'un bilan médical et d'un bilan psychologique permettant d'évaluer, lors de l'inclusion, le névrosisme (NEO Personality Inventory) et aux 4 temps, l'état anxio-dépressif (Hospital Anxiety-Depression), les stratégies de coping (Ways of Coping Checklist, Chronic Pain Coping Inventory) et la qualité de vie (Nottingham Health Profile) des lombalgiques. Les 40 sujets inclus à ce jour présentent des niveaux d'anxiété, de dépression, de colère, d'impulsivité, de timidité sociale et de vulnérabilité significativement supérieurs à la moyenne. La plupart rapportent une qualité de vie dégradée sur le plan fonctionnel comme sur le plan émotionnel. On note également des différences entre les patients en fonction de l'origine de la lombalgie (musculaire, facettaire, discale). Ces premiers résultats s'inscrivent dans une approche descriptive. La suite de cette étude permettra d'identifier les facteurs psychologiques, les stratégies cognitivo-comportementales et les facteurs médicaux jouant un rôle dans l'évolution de la lombalgie.

Stéphanie Blois (Université de Provence 1)
Facteurs psychosociaux du vécu de la douleur chronique
Contact : stephblois@aol.com

Objectifs. Etudier le lien entre douleur et souffrance, et de mettre en évidence les facteurs psychosociaux pouvant influencer le vécu de la douleur chronique, conformément au modèle intégratif et multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994). Méthodologie. Trente-six patients souffrant de douleurs depuis au moins 3 mois ont répondu à un questionnaire portant sur le vécu douloureux (CH de Martigues). Ce questionnaire comportait : le Questionnaire Concis sur la douleur mesurant l'intensité et la gêne quotidienne, le Questionnaire de Perception de maladie (Weinman et al., 1996) évaluant les croyances personnelles des patients quant à leur douleur, le Questionnaire d'Auto-Efficacité (Jerusalem et Schwatzer, 1992), le Questionnaire de Soutien Social Perçu (Bruchon-Schweitzer et al., 2001), le Questionnaire de Coping spécifique à la douleur (Rosentiel et Keefe, 1983), et le Questionnaire bref d'Anxiété, Dépression et Asthénie (Pichot et Brun, 1984). Résultats. L'intensité douloureuse et la gêne perçues sont effectivement associées à une symptomatologie émotionnelle dysfonctionnelle, et particulièrement à l'asthénie. Le vécu douloureux est influencé par certaines caractéristiques des patients : le sentiment auto-efficacité et le fait d'avoir un traitement antalgique pour soulager les douleurs semble diminuer la détresse émotionnelle. Le vécu du traitement (avoir un traitement antalgique, efficacité perçue, effets secondaires) est un facteur qui influence de manière importante le soutien social perçu, les croyances en termes de durée et de contrôle personnel et l'utilisation de la dramatisation comme stratégie de coping. A leur tour, les croyances et stratégies de coping vont avoir un effet sur le vécu de la douleur : l'utilisation de stratégies de coping actives comme la distraction et la réinterprétation des sensations douloureuses diminue la gêne perçue, contrairement aux stratégies passives telles que la prière ou la dramatisation. D'autre part, la dramatisation et un faible sentiment de contrôle augmentent la détresse psychologique des patients douloureux chroniques. Discussion. Ces résultats confirment la nécessité d'une approche globale interdisciplinaire dans la prise en charge de la douleur à l'hôpital, et l'intérêt de la prise en compte de la dimension cognitive et comportementale au travers des croyances et des stratégies de coping du patient.

Verheye Jean-Charles (INPES), Karrer Maryse (INPES), Vincent Isabelle (INPES)
Mal de dos, ouvrons le dialogue Un outil d'intervention en éducation pour la santé
Contact : jverheye@inpes.sante.fr

Introduction Les patients parlent rarement spontanément de leur dos en consultation. De leur côté, les médecins sont démunis face aux multiples déterminants des rachialgies alors que les études épidémiologiques montrent qu'environ 70 à 80% des français y sont un jour ou l'autre confrontés. Objectifs Dans ce contexte, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a conçu un outil d'éducation pour la santé sur le mal de dos. Destiné aux médecins généralistes, « Mal de dos, ouvrons le dialogue » a pour objectif de développer la dimension éducative dans la relation médecin/patient sur une thématique de santé pour laquelle le patient doit jouer un rôle actif. Méthode Menée par un groupe de travail regroupant des professionnels de la santé et l'éducation pour la santé, la conception de cet outil repose notamment sur la nécessité de donner la parole au patient, de partir de ses représentations, de ses préoccupations et de construire avec lui des solutions. Résultats S'appuyant notamment sur les travaux de Rollnick, cet outil propose une démarche en trois étapes. Il s'agit en premier lieu d'inviter le patient à parler de ses problèmes de dos afin d'explorer ses représentations et ses connaissances. Il s'agit ensuite pour le médecin d'aider celui-ci à faire le point sur son mal de dos et ses conséquences dans l'accomplissement de certaines activités de la vie quotidienne en termes de vie sociale, professionnelle et affective. L'étape suivante consiste à aider le patient rachialgique ou non à identifier les changements qu'il souhaite mettre en œuvre concernant son dos. Cette démarche tient compte notamment de l'importance que la personne accorde à la pratique d'une activité physique et de la confiance qu'a la personne en ses chances de réussite. Conclusion Cet outil composé de documents pour le médecin et pour le patient s'appuie sur la signification particulière du mal de dos pour chaque patient. Il aide, en cela, le médecin à adopter une démarche éducative, à accompagner la réflexion du patient et à l'aider à formuler ce qu'il ressent ; les différents tests des documents destinés aux patients servant de point de départ à la discussion

Gouvernet Brice (Université de Rouen), Combaluzier Serge (Université de Rouen), Bouteyre Evelyne (Université de Rouen), Viaux Jean-Luc (Université de Rouen)
Etude des styles défensifs, des marqueurs langagiers et de protocoles rorschach chez dix personnes séropositives sous traitement
Contact : brice.gouvernet@laposte.net

L'observance aux traitements antirétroviraux occupe une place centrale dans la prise en charge psychologique et sociale des personnes séropositives au VIH. Les études publiées ces dernières années mettent en valeur l'intérêt d'une approche prenant en compte la dynamique de la relation subjective établie entre les patients et leur traitement. Il s'agit ici d'observer les relations existant entre les styles défensifs, la manière de gérer les émotions lors de situations de résolution de problèmes et le discours que produisent des patients quant à leur traitement. Au plan méthodologique, à partir de la retranscription d'entretiens semi-directifs de personnes infectées par le VIH sous traitement (N=10) nous avons analysé les styles défensifs grâce à la Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) de Perry. Nous avons étudié le discours des sujets selon les principes de l'analyse propositionnelle du discours, plus spécifiquement centrée sur les indices langagiers de référenciation, de logification et sur les modalités énonciatives de négation, de doute et d'intensité. Ses résultats ont été mis en relation avec les données issues des protocoles rorschach cotés et interprétés selon la méthode développée par Exner. Notre attention s'est portée plus spécifiquement sur les indices de coping (EB, lambda), de rigidité du style (EBper) et de capacité de contrôle et de tolérance au stress (D, Adj D).

Myriam Guedj (**Université Toulouse 2 le Mirail**), Marie Teresa Munoz Sastre (**Université Toulouse 2 le Mirail**)

L'acceptabilité de la rupture du secret médical dans le cas d'un patient atteint du sida et dangereux pour sa partenaire

Contact : myriam.guedj@free.fr

Objectifs : Notre recherche porte sur l'acceptabilité de la rupture du secret médical lorsqu'un patient est atteint du SIDA et dangereux pour sa partenaire. Notre étude est basée sur la Théorie de l'Intégration de l'Information de N.H.Anderson (1996). Méthode : Notre échantillon est composé de 161 participants issus du grand public, caractérisés par leur sexe, leur âge, leur profession et leur croyance religieuse. Matériel : Les participants ont jugé l'acceptabilité de la rupture du secret médical en évaluant 48 vignettes qui sont le résultat de la combinaison de 5 facteurs : le type de maladie dont est atteint le patient (SIDA ou autre Maladie Sexuellement Transmissible), l'existence de comportements de protection du patient envers sa partenaire (ou non), l'intention du patient de révéler sa maladie (immédiate, différée ou aucune), la décision de rompre le secret prise de façon individuelle ou collégiale (le médecin a demandé conseil à un collègue expert ou non), et l'information reçue par le patient sur les conséquences de la maladie (soit succincte, soit détaillée). Résultats : La rupture du secret médical est jugée plus acceptable quand le patient refuse de révéler sa maladie à sa partenaire et qu'il n'a pas de comportement de protection envers elle. Il est également jugé plus acceptable de rompre la confidentialité quand la décision est collégiale et que l'information donnée au patient est claire et détaillée. L'acceptabilité est la même quel que soit le type de maladie dont le patient est atteint (SIDA ou maladie sexuellement transmissible grave). Les facteurs relatifs à l'intention du patient de révéler sa maladie, ses comportements de protection vis-à-vis de sa partenaire et la décision collégiale sont jugés comme plus importants dans l'acceptabilité de la rupture du secret médical que les facteurs relatifs au type de maladie dont est atteint le patient et l'information reçue par celui-ci sur les conséquences de la maladie. Conclusion : le grand public ne plébiscite pas le secret médical lorsqu'un patient atteint du SIDA et qu'il représente une menace pour sa partenaire. Cependant, le SIDA est considéré par le grand public comme une maladie sexuellement transmissible grave.

Pascal Antoine (Université Charles de Gaulle – Lille3 – UPRES TEC), Anne Congard (Université Aix-Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ), Rollon Poinot (Institut Curie – Unité de Psycho-Oncologie - Paris)

Analyse psychométrique des facettes émotionnelles du bien-être subjectif

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

Le bien-être subjectif (BES) est une évaluation individuelle de sa propre vie (Diener et al., 1998). Pour Diener (1984), les recherches sur le bien-être subjectif visent à analyser comment et pourquoi les individus vivent leur existence de façon positive. Cette notion repose sur un ensemble de dimensions cognitives et émotionnelles. Sur le plan cognitif, la satisfaction de la vie peut être décomposée en autant de domaines que l'individu a d'investissements et peut ainsi être représentée par une structure hiérarchique. Les émotions positives et négatives, quant à elles, peuvent être décomposées en émotions plus simples constituant une structure factorielle hiérarchisée. Le bien-être subjectif se positionne ainsi au niveau supérieur de cette hiérarchie. Les affects positifs et les affects négatifs sont donc deux conceptualisations majeures du BES. Globalement, la recherche tend à restreindre son intérêt aux émotions négatives alors que certains auteurs (Duffy, Ganster, & Shaw, 1998) ont montré l'importance des émotions positives, y compris dans la prédiction de phénomènes comme les plaintes concernant la santé. Diener, Smith et Fujita (1995) ont travaillé sur la structure factorielle de la fréquence des émotions ressenties durant le mois précédent. Ils proposent 6 gammes d'émotions, dont 2 dites plaisantes (ou positives), Love et Joy, et 4 dites déplaisantes (ou négatives), Fear, Anger, Shame et Sadness. Cet ensemble constitue une structure hiérarchique dans laquelle les deux facteurs d'ordre supérieur sont modérément corrélés. Nous présentons les différentes étapes d'adaptation de cet outil en langue française : traduction et adaptation des termes avec l'aide de 7 juges, création d'une forme expérimentale en 36 items (6 blocs de 6 items), analyses multidimensionnelles exploratoires et confirmatoires à partir des réponses de 582 sujets. Nous discutons les difficultés pour mettre en évidence une structure identique à celle proposée par Diener et al. (1995). Enfin nous présenterons une étude de validité externe en étudiant les corrélations entre cet outil et la satisfaction de la vie, la personnalité, la détresse psychologique et le burn out.

Mourched Cheikha (Université de Provence - Aix-Marseille I), Pedinielli Jean-Louis (Université de Provence - Aix-Marseille I), Fernandez Lydia (Université de Provence - Aix-Marseille I)

Chirurgie esthétique et qualité de vie.

Contact : cheikha_d_mour@hotmail.com

Objectif de la recherche et problématique : L'objectif de cette recherche est d'apprécier l'influence de la qualité de vie sur la démarche consultative d'un chirurgien plasticien, ainsi que sur la phase post-opératoire. Des études internationales semblent montrer une défaillance du fonctionnement psychosocial chez un certain nombre de ces patientes (Cole & al., 1994 ; Meningaud & al., 2002). Mais, la controverse naît de la multiplicité des facteurs en jeu (estime de soi, image corporelle, qualité de vie) exigeant une méthodologie complexe et variée dont les aboutissants divergent. Hypothèse générale : Le recours à la chirurgie esthétique est influencé par une mauvaise qualité de vie qui s'améliore dans une phase post-opératoire. Population : Elle est composée de 10 sujets de sexe féminin âgés de 40 à 62 ans. Méthodologie : La qualité de vie est évaluée à l'aide du WHOQOL-26 (World Health Organisation- quality of life, Skevington, Carse et al., 2001). Cette échelle se subdivise en quatre niveaux : santé physique, santé psychologique, relations interpersonnelles, environnement. La passation s'effectue en phase pré-opératoire et post-opératoire (un mois après) en vue d'apprécier les modifications de ces niveaux. Résultats : Dans une phase pré-opératoire, nous observons de bas scores pour la santé psychologique (moyenne = 20) et les relations interpersonnelles (moyenne = 11). La santé physique et l'environnement totalisent une moyenne de 30. Dans une phase post-opératoire, la santé psychologique s'améliore (moyenne = 22), tandis que les relations interpersonnelles s'appauvrissent (moyenne = 10) ; la santé physique et l'environnement restent plus ou moins stables (moyenne = 29.4 / 29). Discussion : Les scores obtenus au niveau relations interpersonnelles semblent influencés par la période nécessaire à la cicatrisation des stigmates physiques. Le repos et l'évitement de l'exposition sociale pourraient expliquer la diminution des scores de ce niveau. Un suivi longitudinal de ces patientes s'avère nécessaire. Conclusion : Sur 10 sujets, 3 patientes sont insatisfaites en dépit d'une réussite opératoire incontestée. Hormis la santé physique, tous les niveaux s'appauvrissent. Ce constat mène à s'interroger sur le lien causal entretenu entre qualité de vie et chirurgie esthétique.

Chahraoui Khadija (**Université de Bourgogne**), Danino Alain (**CHU de Dijon**), Frachebois Lucie (**Université de Bourgogne**), Clerc Anne Sophie (**Université de Bourgogne**), Malka Gabriel (**CHU de Dijon**)

Chirurgie esthétique, anxiété et qualité de vie subjective avant et 4 mois après opération

Contact : Khadija.Chahraoui@u-bourgogne.fr

Objectifs : Nous souhaitons évaluer l'amélioration de la qualité de vie subjective et de la santé mentale après une chirurgie esthétique à partir des indices de satisfaction des patients. Méthode : La population est constituée de 25 femmes demandant une chirurgie esthétique (âge moyen : 34,76) dont 19 pour hypertrophie mammaire et 6 pour plastie abdominale. Après avoir donné leur consentement écrit, les sujets participent à une évaluation psychologique qui se déroule en trois temps, T1 : première consultation médicale, T2 : veille de la chirurgie et T3 : 4 mois après le traitement chirurgical. L'évaluation psychologique comporte à chaque fois un entretien clinique et des questionnaires : Le Questionnaire de Qualité de Vie Subjective (PQVS), l'Inventaire d'Anxiété Trait et Etat (STAI), le questionnaire de Coping (W.C.C.L) et le questionnaire de santé générale (GHQ12). Résultats : Les résultats de l'étude montrent les bénéfices de la chirurgie esthétique, à travers les indices de satisfaction de la qualité de vie subjective et plusieurs critères psychologiques. Les sujets s'améliorent ainsi globalement sur le plan de l'anxiété, la santé mentale et de la qualité de vie subjective au niveau de plusieurs dimensions : santé physique, douleurs, apparence physique, vie sociale et vie intérieure. L'étude montre que l'amélioration de la santé physique est liée à la qualité de la relation au médecin, à certaines stratégies d'ajustement psychologique comme le coping centré sur le problème et sur le soutien, à la qualité du soutien familial, à des attentes initiales réalistes et à l'absence de troubles psychologiques importants initiaux.

Miquel Nelly (**Université Toulouse le Mirail**), Bez Séverine (**Université Toulouse le Mirail**), Daurat Agnès (**Université de Toulouse le Mirail**)

Impact des troubles du sommeil sur le fonctionnement cognitif et la qualité de vie

Contact : miquelnelly@hotmail.com

L'objet de cette recherche est d'étudier l'impact des troubles du sommeil sur le fonctionnement cognitif et la qualité de vie. Nous supposons que ces troubles détériorent le fonctionnement cognitif et la qualité de vie. Notre matériel est composé des matrices de Raven, du questionnaire du MIA, du test de classement de cartes du Wisconsin et du WHOQOL-26. Notre échantillon est constitué d'un groupe de personnes présentant des pathologies du sommeil (N=13; 8 insomniaques, 3 apnéiques, 1 narcoleptique, 1 syndrome de Schenk et Mahowald) et d'un groupe en étant exempt (N=11). Les résultats de cette étude montrent que, d'une part, la qualité de vie est évaluée plus négativement par les personnes ayant des troubles du sommeil en ce qui concerne les dimensions "physique", "psychologique" et "environnement" mais aussi en ce qui concerne leur qualité de vie "globale". Nous n'observons pas de différence pour la qualité de vie "sociale". D'autre part, leur mémoire de travail et leurs fonctions exécutives sont détériorées. De plus, certains aspects de la métamémoire sont affectés: les capacités mnémoniques, les dimensions changement, capacités personnelles et stratégies externes. Ce dernier résultat nous permet de constater que les personnes atteintes de troubles du sommeil réagissent de la même manière que les personnes âgées. Les résultats de cette recherche suggèrent l'intérêt d'étudier de plus près la prise en charge des personnes souffrant de troubles du sommeil. En effet, des études devraient s'intéresser aux traitements disponibles pour chacune de ces pathologies du sommeil afin de voir s'ils améliorent, au-delà de la qualité du sommeil, la qualité de vie et le fonctionnement cognitif des personnes atteintes par ces troubles.

De Charry Wioletta (**Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5**), Consoli Silla M. (**Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5**), Chevallier Jean-Marc (**Service de Chirurgie Digestive. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5**), Campelli Hélène (**Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5**)

Qualité de vie chez les sujets en attente de traitement chirurgical de l'obésité morbide

Contact : decharry@club-internet.fr

OBJECTIF : Etudier la qualité de vie chez les candidats à la gastroplastie par rapport aux données disponibles en population générale. METHODE : 99 candidats (83 femmes et 16 hommes ; âge moyen : 36,6 +/- 11,1 ans ; indice masse corporelle (IMC) moyen : 46,1 +/- 6,3) ont été évalués lors d'un entretien semi-structuré complété de divers auto-questionnaires, dont le questionnaire de qualité de vie SF-36 et le Beck Depression Inventory (BDI) à 13 items. RESULTAS : Presque deux tiers de nos sujets ont une activité professionnelle et déclarent avoir des loisirs. La vie relationnelle est satisfaisante dans 85,6 % des cas. 59 %

de la population étudiée décrit une vie sexuelle non satisfaisante. Des antécédents dépressifs et un épisode dépressif majeur actuel sont présents dans 28% et 16% des cas. Le score d'humeur dépressive au BDI est corrélé significativement et négativement avec les composantes physiques et psychiques de la qualité de vie ($r = -0,44$ et $-0,36$; $p < 0,001$). Tous les scores de qualité de vie au SF-36, à l'exception de la vitalité, sont inférieurs aux données disponibles en population générale française. La composante psychique de la qualité de vie est plus altérée que la composante physique. Au sein de cette population d'obèses, ceux qui présentent des comportements alimentaires de type hyperphagie ($n = 71,4\%$) ont des scores supérieurs à la composante psychique de la qualité de vie ($p < 0,008$). Aucune association significative n'a été trouvée entre les caractéristiques psychologiques et l'IMC. **CONCLUSION :** Les candidats à la gastroplastie ont une qualité de vie significativement altérée par rapport aux données disponibles en population générale, tout particulièrement lorsque l'obésité n'est pas associée à des anomalies du comportement alimentaire. Ces résultats permettent d'espérer une amélioration de la qualité de vie dans les suites de la gastroplastie, grâce à la perte pondérale et à un investissement plus gratifiant de l'image du corps

Salama-Younes Marei (**Laboratoire d'Etudes sur les cultures physiques et sportives, Université de RennesII & Departement of Sport Psychology, Helwan University, Cairo, Egypt.**), Roncin Charles (**Laboratoire Didactique Expertise et Technologie des APS, Universit? de Rennes II**) Le Foll David (**Didactique Expertise et Technologie des APS, Université de Rennes II**) Martin-Krumm Charles (**CREAD, IUFM-Université RennesII & Institut de formation en E.P.S d'Angers**), Salama Mohmet (**Games Deprtement, Monifya University, Egypt.**), Ismal Amany (**Didactique Expertise et Technologie des APS, Université de Rennes II**)

Similarités et différences de la structure factorielle de deux versions évaluant les styles explicatifs chez des pré-adolescents: le CASQ et le CASQ-R.

Contact : marei_salama@yahoo.com

La manière d'expliquer les événements positifs et/ou négatifs est liée de la qualité de vie d'individu (Peterson, & Steen, 2002). Le style explicatif a fait l'objet de nombreuses études dans le domaine de la santé (e.g., Peterson, & Bossio, 1991 ; Peterson, & Steen 2002 ; Roberts, Brown, Johnson & Reinke 2002). Malgré cela, le style explicatif n'a pas, à notre connaissance, été investigué dans les études sur la santé des enfants. D'ailleurs, le Children's Attributional Style Questionnaire (CASQ; Kaslow, Tennenbaum, & Seligman, 1978); et le Children's Attributional Style Questionnaire-Revised (CASQ-R; Kaslow & Nolen-Hoeksema, 1991) sont les deux outils utilisés dans la culture anglo-saxonne. D'après Martin-Krumm & Sarrazin (2004), quatre styles explicatifs peuvent être présentés: optimiste, pessimiste et style neutre qui peut se regrouper dans deux nouvelles classes: 1) Ceux ayant un score élevé pour les événements positifs et négatifs (neutre haut/haut) dans une classe, et 2) Ceux ayant un faible score pour ces deux événements (neutre bas/bas). Résultats CASQ (709 enfants) : Classe 1 (36.67%) style explicatif neutre (bas/bas) ; classe 2 (28.63%) style optimiste, classe 3 (15.23 %) style neutre (haut/haut) et classe 4 (19.46 %) style pessimiste. Nous avons pu élaborer une version courte. CASQ-R (424 enfants) : Classe 1 (33.49%) style explicatif pessimiste ; classe 2 (20.06%) style neutre (bas/bas) ; classe 3 (29.24%) %) style optimiste et classe 4 (17.21%) %) style neutre (haut/haut). Cette analyse a permis de répartir les enfants en quatre catégories distinctes pour le CASQ et pour le CASQ-R. Les résultats laissent apparaître des différences en fonction du genre. Néanmoins, celles-ci sont variables selon l'outil employé. Selon les résultats obtenus par le CASQ, les garçons sont plus optimistes que les filles. En revanche, les résultats obtenus par le CASQ-R sont moins explicites concernant cette dimension. Selon le CASQ, plus de 50% des enfants manifestent un style explicatif neutre et plus de 37% selon le CASQ-R. Roberts, M. C., Brown, K. J., Johnson, R.J. & Reinke, J. (2002). Positive psychology for children: Development, prevention and promotion, In G. M. Snyder, & S. J. Lopez, (Eds.), Handbook of Positive Psychology,(pp. 663-675). Oxford Univerity Press.

Peccarisi Céline (**Laboratoire de psychologie, Université de Metz**), Schaller Katia (**Laboratoire de psychologie, Université de Metz**), Muller Laurent (**Laboratoire de psychologie, Université de Metz**), Spitz Elisabeth (**Laboratoire de psychologie, Université de Metz**)

Etude des changements de comportements, dans le domaine de la santé, au travers de l'application du Health Behavior Goal Model

Contact : peccarisi.celine@wanadoo.fr

Objectifs : Cette recherche s'est proposée d'étudier les processus de mise en place et de poursuite d'un but de santé par l'application du HBGM. Le but de la recherche était aussi d'explorer et valider la structure factorielle du GAPI. Méthode : 227 personnes "tout-venant" ont complété le GAPI en indiquant un but de santé qu'elles souhaitaient poursuivre depuis plusieurs semaines. Elles complétaient également l'échelle d'anxiété – dépression HAD (Zigmond & Snaith, 1983), et les dimensions des symptômes somatiques et

dysfonctionnement social du GHQ-28 (Goldberg, 1972) pour une évaluation générale du bien-être. Résultats : Des analyses factorielles ont permis de confirmer la structure en neuf facteurs du GAPI : soutien social du partenaire, émotions négatives, efficacité personnelle, pression sociale du partenaire, actions de communication, conflit lié au but, émotions positives, efficacité pour la poursuite du but et engagement – importance. Les personnes ayant un but de maintien discutent plus avec d'autres personnes de la poursuite de leur but, comparativement aux personnes ayant des buts d'approche ou d'évitement. Le sentiment d'efficacité personnelle est plus important pour les personnes poursuivant un but d'approche. Divers facteurs interviennent sur la qualité de vie et la progression vers le but, selon le stade dans lequel se trouve la personne : les émotions liées au but, le sentiment d'efficacité pour la poursuite du but, la pression sociale du partenaire, l'efficacité personnelle, l'orientation du but, la perception de son état de santé et la pratique sportive. L'efficacité personnelle est un fort prédicteur de la progression vers l'objectif de santé souhaité ; la pression sociale du partenaire l'entrave au stade de réflexion. Perspectives : Pour approfondir les données apportées par le GAPI, des recherches étudiant davantage les processus de changement au travers de l'évaluation des aptitudes d'autorégulation, contribueraient à structurer davantage les interventions. Par ailleurs, tant au niveau individuel que collectif, lors d'interventions visant à favoriser la promotion ou le changement de comportements de santé, les professionnels pourraient préalablement faire remplir le GAPI aux individus, pour mieux cibler les dimensions sur lesquelles intervenir.

Virginie Palomba (Université d'Aix-en-Provence)

Influence des troubles cognitifs sur la qualité de vie des patients souffrant de sclérose en plaques

Contact : virginiepalomba@aol.com

Dans le domaine de la recherche sur la sclérose en plaques (SEP) l'impact des troubles des fonctions cognitives dans l'évaluation de la qualité de vie (QV) des patients est souvent peu exploré. Or, au cours des deux dernières décennies, l'intégration de la mesure de qualité de vie est apparue dans ce domaine, et tout particulièrement dans le champ des pathologies chroniques, comme une potentielle innovation diagnostique. L'un des principaux freins à son recours tient dans la difficulté à déterminer l'influence des troubles cognitifs sur la perception de la QV. L'objectif principal de cette recherche est de mettre en évidence le rôle et l'influence des troubles cognitifs sur la QV. Sont inclus dans l'étude 16 patients ayant un diagnostic de SEP établi selon les critères de Poser (1983) et présentant des formes secondairement progressives ou des formes rémittentes de la maladie. Une batterie de tests explorant les domaines les plus fréquemment affectés - mémoire attention et fonctions exécutives - est utilisée. Deux auto-questionnaires de QV, l'un générique (SF-36), l'autre spécifique (MUSI-QoL), sont administrés aux patients. L'étude des corrélations a permis de mettre en évidence, chez le patient souffrant de SEP, une altération de la QV et des fonctions attentionnelles et exécutives. De plus, une influence de ce déficit cognitif sur la QV a été démontrée. Les résultats montrent que la détérioration de QV est liée à un déficit des fonctions attentionnelles et exécutives. Toutefois, comme la plupart des auteurs ayant étudié la détérioration cognitive dans la SEP, le manque d'uniformité autour de la spécificité des troubles cognitifs pose problème. En effet, ce manque de collusion affecte grandement la validité de cette étude et les résultats sont, donc, à discuter.

Warin Nathalie (Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq), Antoine Pascal (Université Lille-3 - 59650 Villeneuve d'Ascq)

Le rôle de l'insight sur la compliance, la qualité de vie et la dépression dans la schizophrénie

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

L'insight (conscience des troubles) est définie comme la reconnaissance des signes et symptômes de la maladie, alors que l'attribution se rapporte aux explications concernant l'origine ou la cause de ces signes ou symptômes (Amador, 1993). Les travaux sur l'insight connaissent depuis 20 ans un essor important dans les domaines des démences, notamment la démence de type Alzheimer, et des troubles psychotiques, en particulier la schizophrénie. Une meilleure connaissance de ce symptôme participe d'une compréhension de ces maladies et permet également d'optimiser les démarches de soin. Dans la schizophrénie, on assiste actuellement au développement de thérapies sur l'insight visant à augmenter le niveau de conscience des patients. Nos objectifs préliminaires sont de décrire l'insight dans la schizophrénie, d'étudier la nature des relations entre l'insight et d'autres facteurs cliniques tels que la dépression, les symptômes psychotiques, et les troubles exécutifs. Nous centrons cette recherche sur le rôle de l'insight sur la compliance aux traitements et sur la qualité de vie des patients. 19 patients ont participé à l'étude. Tous ont un diagnostic de schizophrénie. Les outils d'évaluation sont l'Insight Scale de Markova et Berrios (2003), l'échelle de dépression de Addington et al. (1990), la PANSS de Kay et al. (1989), l'échelle de compliance aux traitements DAI-30 et une échelle de qualité de vie (S-QOL). Les résultats indiquent que les patients schizophrènes peuvent avoir une conscience partielle voire pour certains totale de leur trouble mais que

cette conscience élevée est associée une plus grande dépression, et une faible qualité de vie. L'insight est une dimension essentielle qu'il convient d'évaluer car elle est en lien direct avec l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement, la probabilité de rechute et le pronostic. Néanmoins au vu de ces résultats, il nous semble important de poursuivre ces travaux concernant sur la pertinence d'une démarche de soin systématique visant à faire prendre conscience aux patients de la gravité de leurs troubles dans les programmes de réhabilitation sociale.

Marcel Lourel (Université de Rouen), Kamel Gana (Université de Nancy 2), Déborah Lablond (Université de Rouen)

Qualité de vie et comportements tabagiques : le rôle du coping et du soutien social.

Contact : lourelmarcel@yahoo.fr

Les comportements addictifs constituent un sujet de recherche dont la psychologie scientifique n'a fini de débattre. Une multitude de travaux traitent par exemple du comportement tabagique. Plusieurs modèles tentent d'en déterminer les causes (Gilliard et al., 2000). Parmi celles-ci, la « qualité de vie » ("Quality of Life") et plus précisément les tracasseries quotidiens ("Daily Hassles") semble particulièrement retenir l'intérêt des chercheurs. L'objectif de notre recherche est de soumettre à l'épreuve des faits trois modèles concurrents. Le premier traduit l'hypothèse selon laquelle le coping médiatise les liens entre les tracasseries quotidiennes et l'engagement dans les conduites tabagiques. Le second fait l'hypothèse selon laquelle le soutien social joue un rôle médiateur entre les tracasseries et les l'engagement dans les conduites tabagiques. Le troisième modèle fait l'hypothèse selon laquelle le coping et le soutien social médient l'engagement dans la consommation tabagique. Pour ce faire, nous utiliserons la modélisation par équations structurales sur des données obtenues auprès d'étudiants d'un IUT. On précisera que cette étude n'est pas encore terminée mais que l'ensemble des données auront été traitées d'ici la fin juin.

Untas Aurélie (Laboratoire de Psychologie de la Santé EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), Quintard Bruno (Laboratoire de Psychologie de la Santé EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), Azencot Armand (Polyclinique Bordeaux Nord)

Les déterminants psychosociaux de l'ajustement à une reconstruction mammaire différée

Contact : aurelie.untas@club-internet.fr

Introduction Suite à une mastectomie, la reconstruction mammaire fait partie intégrante du traitement du cancer du sein. Notre recherche est une étude transversale qui s'inscrit dans ce cadre. Le premier objectif de notre étude était de déterminer l'impact de différentes variables psychosociales (antécédentes et médiatrices) sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée. Le second objectif était de comparer les résultats des femmes vivant seules et de celles vivant en couple. Enfin, le dernier objectif était de savoir si la façon dont le couple gère habituellement des situations stressantes a un impact sur l'ajustement à la reconstruction mammaire. Méthode Notre échantillon était constitué de 43 patientes. Le coping dyadique a été évalué grâce au FDCT-N (Fragebogen zur Erfassung des Dyadischen Copings als generelle Tendenz-Neue Version) de BODENMANN. Cette échelle est en cours de validation en Suisse. Nous avons donc tenté de la valider sur un échantillon de 152 personnes. La qualité de vie a été mesurée par le WHOQOL-26. Pour mesurer l'image du corps, nous avons utilisé le Questionnaire d'Image du Corps de BRUCHON-SCHWEITZER (1987). Pour la mesure de la satisfaction sexuelle, nous avons adapté l'échelle de BOUJUT (2002). Enfin, l'acceptation du sein reconstruit a été évaluée avec une échelle que nous avons construite à partir d'entretiens exploratoires. Résultats Nos résultats montrent que le délai à consulter, pour une demande de reconstruction mammaire, tend à être plus long chez les femmes vivant seules que chez celles vivant en couple. Ces dernières auraient par ailleurs une moins bonne qualité de vie psychologique. D'autre part, un long délai à consulter prédit une amélioration de la satisfaction sexuelle ($R^2 = 0,127$; $p < 0,05$). Enfin, l'utilisation d'un coping dyadique au sein du couple est associée à une bonne QDV sociale ($r = 0,66$; $p < 0,001$), à une bonne QDV globale ($r = 0,494$; $p < 0,01$), ainsi qu'à une satisfaction corporelle élevée ($r = 0,543$; $p < 0,01$). Elle tendrait à être également associée à une bonne QDV psychologique ($r = 0,369$, $p < 0,10$). Conclusion Ces résultats soulignent l'impact favorable d'une reconstruction mammaire différée sur l'image de soi et la QDV des femmes mastectomisées pour cancer du sein. Néanmoins, ils sont à prendre avec précaution et méritent d'être approfondis dans une étude prospective.

Jesabelle Brockly (Université de Metz), Patricia De Cea (Université de Metz), Marie Lou Costantini (Université de Metz), Elisabeth Spitz (Université de Metz)

Les facteurs psychosociaux en lien avec la qualité de vie et l'ajustement des personnes atteintes de sclérose en plaques

Contact : j.brockly@wanadoo.fr

Le but de cette recherche est de déterminer les facteurs psychosociaux influençant la détresse émotionnelle, les stratégies de coping et la qualité de vie des patients atteints de sclérose en plaques. Trente cinq patients hospitalisés ont participé à cette recherche (l'âge moyen était de 46 ans). La méthode consistait à un recueil de données quantitatives et qualitatives. Tous les participants ont répondu à une autoévaluation par questionnaires mesurant l'estime de soi, l'anxiété et la dépression, le lieu de contrôle, le degré de fatigue, les stratégies de coping, les buts de vie, le soutien social, l'optimisme et la qualité de vie. Les résultats ont montré d'une part que les buts et la qualité de vie étaient des facteurs expliquant certaines stratégies de coping. D'autre part, le pessimisme, le degré de fatigue, une faible estime de soi, un faible sentiment d'autoefficacité et la non acceptation de la maladie étaient liés à la détresse psychologique. Enfin, la perception de contrôle sur la maladie à travers les ressources personnelles, le soutien social et l'accomplissement d'un but menait à l'utilisation de stratégies de coping fonctionnelles et une meilleure qualité de vie. L'analyse des entretiens menés auprès de neuf patients confirmait les résultats quantitatifs et donnait de nouvelles perspectives de recherches sur l'étude des représentations, perceptions et croyances des patients atteints de sclérose en plaques ainsi que sur la qualité de vie et l'ajustement des conjoints et des soignants côtoyant ces patients.

Session Interactive de Posters II - Vendredi 24 juin -

Psychologie de la santé, enfants et famille

Fabienn Lemétayer (Université Paul Verlaine - Metz), Gueffier Marie (Université Paul Verlaine - Metz)

Faire face à un placement en internat : étude de la situation particulière des enfants porteurs d'une déficience intellectuelle

Contact : flemetayer@wanadoo.fr

Les études empiriques relatives aux stratégies adaptatives des enfants pris en charge dans leur établissement scolaire sur le mode de l'internat ont été essentiellement menées près des enfants non déficients ; ces études se sont en revanche peu préoccupées de cette dimension près des enfants porteurs d'une déficience intellectuelle (DI) pris en charge en tant qu'internes au sein d'un Institut-Médico-Educatif (IME). Dans cette perspective d'analyse, la présente étude vise à rendre compte de la façon dont les enfants porteurs d'une DI s'adaptent face à cette séparation d'avec le milieu familial et face à ce type de prise en charge éducative permanente. Pour ce faire, une approche comparative a été envisagée entre des enfants porteurs d'une DI pris en charge en tant qu'internes (N = 26) et des enfants porteurs d'une DI pris en charge en tant qu'externes (N = 26), au sein de quatre IME de la région mosellane. Les stratégies adaptatives ont ici été évaluées à l'aide du Kidcope (Spirito et Donaldson, 2001). Globalement, les résultats révèlent que les enfants internes privilégient essentiellement des stratégies centrées sur le problème et sur l'émotion, alors même que les enfants externes présentent plutôt des stratégies passives et évitantes. La discussion analyse la portée de cette étude et ses implications quant aux bénéfices d'une prise en charge en internat au sein de l'IME sur les stratégies de faire face des enfants porteurs d'une DI.

Sutter-Dallay AL (Université Bordeaux 2), Dequae-Merchadou L, Laoudj F, Rascle Nicole (Université Bordeaux 2), Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H.

Dépression post-natale à 6 semaines et développement cognitif de l'enfant

Contact : Nicole.Rascle@ps.u-bordeaux2.fr

63. Monique Allès-Jardel (UFR STAPS, Toulouse III), **Serge Lacoste** (UFR STAPS, Toulouse III) et **Evelyne Godstein**

Santé physique et Santé mentale d'enfants de Clis comparés à des enfants de classe « ordinaire »

Contact : allesmonic@aol.com

Le développement de l'enfant qu'il soit normal ou pathologique dépend de caractéristiques propres mais également de l'environnement dans lequel ce dernier évolue. La recherche qui sera présentée se proposait d'étudier les relations pouvant exister entre la santé mentale et des facteurs développementaux et relationnels. Nous avons retenu comme variables dépendantes les troubles du comportement intériorisés et extériorisés puis comme variables indépendantes le type de classe fréquentées (« Clis » ou ordinaires) et les activités physiques régulièrement pratiquées. Deux groupes d'enfants âgés de 8 à 12 ans constituent notre population. Le premier échantillon se compose de 58 enfants provenant des classes dites « ordinaires » -, le second rassemble 21 enfants issus de classe de « Clis ». Pour évaluer les troubles du comportement, nous avons utilisé le questionnaire informatisé *Le Dominique Interactif* mis au point par le Dr Valla au Canada (2000), et que nous avons contribué à valider en France que nous avons utilisé dans plusieurs recherches précédemment. Cet instrument auto-évaluatif reprend les critères diagnostiques du DSM IV et permet de classer les différents types de troubles. **Les résultats** ont révélé des différences significatives entre les deux populations observées et les troubles du comportement. Les enfants de CLIS présentent plus de troubles intériorisés que ceux provenant des classes dites « ordinaires ». Nous avons, de plus, constaté que dans les troubles intériorisés ce sont les phobies spécifiques et l'anxiété de séparation qui touchent majoritairement les enfants de CLIS. Ces derniers présentent aussi plus de troubles extériorisés mais essentiellement de type oppositionnel. Ces résultats sont en partie conformes à la littérature et nous les avons nous même mis en évidence dans des précédentes recherches en ZEP. En ce qui concerne la pratique régulière d'une Activité Physique et Sportive, nous avons pu remarquer qu'elle a une influence sur les troubles intériorisés de type phobique et sur l'anxiété mais peu sur les troubles extériorisés. Ces résultats

sont encourageants et devraient nous inciter à poursuivre les recherches mettant en relation la santé physique et la santé mentale.

Christophe Véronique (**Université de Lille 3 - UPRES Temps, Emotion & Cognition**), Vasseur Audrey (**Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille**), Nelken Brigitte (**Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille**), Facci Gabriella (**Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille**), Nandrino Jean-Louis (**Université de Lille 3 - UPRES Temps, Emotion & Cognition**)

Impact de l'annonce du diagnostic en oncologie pédiatrique sur l'organisation familiale et le couple parental : Une étude pilote en hémato-oncologie

Contact : veronique.christophe@univ-lille3.fr

L'objectif de cette étude est d'étudier l'impact de l'annonce d'un cancer de l'enfant sur l'organisation du système familial et sur le couple parental dans le but de comprendre et de mieux cerner les répercussions psychologiques, émotionnelles et familiales de ce type de situations de « crise » qui viennent déstabiliser le système familial en place. Cette étude qualitative exploratoire a été réalisée dans une unité d'Hémo-Oncologie Pédiatrique auprès de sept parents dont le diagnostic d'une pathologie cancéreuse de leurs enfants avait été effectué. Les familles nouvellement arrivées dans le service ont été rencontrées 8 à 10 jours après l'annonce du diagnostic pour leur proposer de participer à un entretien semi-directif individuel sur leur vécu de l'annonce en tant que telle et les conséquences que celle-ci avait engendrée. L'analyse de contenu des entretiens réalisés met en évidence une réorganisation familiale générale tant d'un point de vue purement organisationnel et fonctionnel (déplacements, horaires de travail, système de garde de la fratrie, hygiène, pratiques alimentaires etc..) que d'un point de vue émotionnel et adaptatif (cohésion familiale, expressivité, qualité de la communication intra et extra familiale, stratégies d'ajustement, niveau de contrôle etc...). Il est également à noter qu'en l'espace de 10 jours, une évolution très rapide des routines de la vie quotidienne est mise en place, et que l'impact émotionnel varie considérablement (du choc à la remise en cause de la responsabilité parentale via la culpabilité, la colère, la recherche de signification à l'événement traumatisant auquel la famille est confronté). Cette étude montre la nécessité d'une prise en charge globale de l'enfant et de sa famille et la nécessité de respecter l'aspect temporel lié à l'acceptation de la pathologie afin d'avoir une action efficace et adaptée à chaque environnement familial.

Cartierre Nathalie (**Université de Lille 3**), Coulon Nathalie (**Université de Lille 3**), Demerval René (**Université de Lille 3**), Masclet George (**Université de Lille 3**)

La santé des adolescents et leurs contextes de vie

Contact : n.cartierre@tele2.fr

Le modèle PPCT (Processus – Personne – Contexte – Temps) proposé par U. Bronfenbrenner permet d'envisager les comportements de santé des adolescents comme des issues développementales qui se construisent progressivement et résultent de processus mettant en jeu les interrelations entre la personne et ses contextes de vie. Dans notre recherche, nous explorons plus particulièrement Contextes (Famille, Ecole, la qualité des transactions Personne (Adolescent) Pairs) et leurs effets sur la santé. A partir des réponses à un questionnaire soumis à 1187 collégiens en classe de quatrième, nous avons classé les sujets en trois groupes selon leur degré d'affiliation contextuelle (désaffilié, intermédiaire, affilié) et ceci pour chaque contexte. Par ailleurs, nous avons utilisé le profil de santé de Duke qui permet d'extraire six dimensions de santé : santé physique, mentale et sociale ; estime de soi, anxiété et dépression. Nous nous posons alors deux questions principales : - question 1 : pour chaque contexte, les sujets désaffiliés présentent-ils des scores de santé plus faibles que les scores des sujets intermédiaires ou affiliés ? - question 2 : lorsqu'on compare les sujets désaffiliés entre eux, existe-t-il un contexte pour lequel l'effet néfaste de la désaffiliation (question 1) est plus marqué ? Pour la première question, les analyses de variance multivariée montrent que, dans chacun des trois contextes considérés, les sujets désaffiliés présentent des scores systématiquement inférieurs à ceux des sujets intermédiaires ou affiliés. Pour la seconde question, nous comparons trois groupes de sujets désaffiliés à un seul contexte : désaffiliés Famille, désaffiliés Ecole et désaffiliés Pairs. Des tests de Newman-Keuls complètent l'analyse multivariée. Il ressort que ce sont les sujets désaffiliés Famille qui présentent les scores les plus faibles pour la plupart des indicateurs de santé (sauf pour la santé sociale où les sujets désaffiliés Pairs ont les scores les plus bas). Notre recherche démontre l'intérêt à considérer la santé des adolescents dans le cadre des transactions qu'ils opèrent avec leurs contextes de vie. Une désaffiliation contextuelle constitue un facteur de risque important.

Désirée Lamarque-Novakovic (**Université de Toulouse Le Mirail**), Munoz-Sastre Maria-Thérèse (**Université de Toulouse Le Mirail**)

Les facteurs facilitant et entravant la prise de médicaments chez l'enfant de moins de 8 ans : une recherche exploratoire menée auprès de parents issus du grand public

Contact : desireelamarquen@aol.com

L'objectif de notre étude a été d'éclaircir la question de l'inadaptation des médicaments pédiatriques. Nous avons posé l'hypothèse qu'il existe des facteurs pouvant faciliter ou entraver la prise de médicaments, et que les parents avaient des pratiques permettant de faciliter celle-ci. Notre population est composée de 200 participants, tous pères ou mères d'au moins un enfant de moins de huit ans, issus du grand public et dont la moyenne d'âge est de 35,6 ans. Dans notre étude, nous avons utilisé un questionnaire auquel les parents répondaient en fonction d'échelles de Lyckert. Cent neuf items concernaient l'avis des parents par rapport à la prise de médicaments, et dix-sept items portaient sur les pratiques des parents pour faciliter cette prise. Nous avons effectué une analyse factorielle afin de dégager quels étaient ces facteurs, ainsi que les pratiques parentales facilitant la prise de médicaments de leurs enfants. Nos résultats, d'après l'analyse factorielle, ont montré qu'il existe huit facteurs ayant une influence sur la prise de médicaments, soit en l'entravant (les circonstances affectives et sociales, l'injection, la saveur désagréable, l'administration par voie orale, l'administration par voie anale), soit en la facilitant (l'aspect sensitif agréable, le traitement par aérosol et gouttes, la nature de la maladie et la visée thérapeutique). De plus, les parents adoptent cinq pratiques principales (apprendre, récompenser, fragmenter les comprimés, faciliter la prise de suppositoires et améliorer les circonstances de la prise). Il semblerait intéressant dans l'avenir de proposer une amélioration en matière de galénique en ce qui concerne les médicaments pédiatriques. Bibliographie: Genty, C., (1998). L'enfant et le médicament : exemple d'apprentissage au bon usage. Thèse pour le diplôme de docteur en pharmacie. Poitiers. Lecomte, T., (1993). La consommation pharmaceutique des enfants. Communication au colloque national sur l'enfant, sa famille et les médicaments, 2-3 décembre 1993. Paris. Flinois, A., and coll. (2000). Les enfants sont-ils oubliés du médicament ? Colloque organisé par le syndicat national de l'industrie pharmaceutique. John Libbey Eurotext. Par

Nancy Javotte (UFR d'Odontologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2), Quintard Bruno (Laboratoire de Psychologie EA 3662, Université Victor Segalen Bordeaux 2), Boyer Anne (Laboratoire de Psychologie EA 3662, université Victor Segalen Bordeaux 2), Techer Murielle (UFR d'Odontologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2)

Les stratégies d'ajustement de l'enfant à un soin dentaire : description et taxinomie.

Contact : javottenancy@hotmail.com

Introduction Une consultation dentaire constitue un événement hautement stressant, particulièrement chez l'enfant. Or, les stratégies d'ajustement d'un enfant à un soin dentaire restent à ce jour encore mal connues. L'objectif de cette recherche est d'identifier et de classer les diverses stratégies auxquelles recourent les enfants avant, pendant et après un soin dentaire. Méthode 30 enfants (âgés de 6 à 15 ans), 15 parents et 10 experts (chirurgiens dentistes pour enfants) ont participé à des entretiens semi-directifs visant à explorer les diverses stratégies mises en œuvre par les enfants avant, pendant et après un soin dentaire. Une vingtaine d'observations en salle d'attente et en cabinet ont complété le recueil de ces données. Résultats Une analyse de contenu thématique des entretiens et des observations a permis de dégager cinq grandes catégories de stratégies : cognitives (« je pense à autre chose qu'au dentiste »), émotionnelles (« j'ai peur, j'ai des frissons »), comportementales (« je joue avec les instruments »), relationnelles (« je demande au dentiste ce qu'il fait », « je tiens la main de Maman ») et somatiques (« j'ai mal au ventre »). Si les stratégies cognitives sont dominantes avant (38% des réactions) et pendant le soin (25 %), ce sont les stratégies émotionnelles qui sont les plus importantes à l'issue de la consultation (56 % des réactions). Les stratégies comportementales sont les plus utilisées pendant le soin (25 %) alors que les stratégies relationnelles et somatiques sont faiblement sollicitées (5% en moyenne de l'ensemble des réactions). Conclusion et perspectives Au total, les enfants utilisent davantage de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales que de réactions relationnelles et somatiques, que ce soit avant, pendant ou après le soin. A partir des diverses sous-catégories thématiques dégagées, deux grilles d'observation standardisées permettant d'évaluer les dimensions comportementales et relationnelles, et un questionnaire d'auto évaluation des stratégies cognitives, émotionnelles et somatiques ont été construits. Une fois validés, ces outils devraient permettre, dans une prochaine recherche, d'évaluer le degré de fonctionnalité des diverses stratégies utilisées par l'enfant avant, pendant et après un soin dentaire ainsi que leurs éventuels déterminants psychosociaux.

Pasteur Romy (Ecole Doctorale de l'U.F.R. des Sciences de l'Homme, du Langage et de la Société Besançon)

Dermatite atopique du bébé: pour une meilleure prise en charge de la famille.

Contact : romypasteur@aol.com

Notre recherche doctorale en psychologie clinique sur la dermatite atopique du bébé, laisse apparaître des difficultés dont la famille doit faire face. Les entretiens avec les parents de ces bébés présentent de nombreuses similitudes que nous voudrions communiquer parce qu'elles posent la question d'une meilleure prise en charge de la maladie qu'elle soit médicale ou psychologique. Tout d'abord, les parents sont souvent enclin au "nomadisme médical" du fait des incertitudes qui persistent sur les facteurs étiologiques de l'allergie. Pendant les six et douze premiers mois de la vie du bébé, les parents consultent de nombreux médecins sans toujours trouver la solution à leurs problèmes. Pendant ce temps, les activités quotidiennes sont perturbées: les lésions de l'eczéma atteignent parfois l'ensemble du corps du bébé, ce qui entraîne pleurs, grattages et troubles du sommeil. Les parents doivent adapter leurs comportements, donner les soins nécessaires, et c'est tout le système familial qui est bouleversé. Ils doivent également faire face au regard des autres ainsi qu'aux multiples conseils. On retrouve chez eux de la fatigue, le sentiment d'être isolé et non compris, parfois de la colère et une intimité de couple compromise. Tous ces éléments nous amènent à poser deux sortes de questions: La première concerne la fonction de contenance des parents mise à mal lors de l'apparition des symptômes. Du fait d'une prise en charge tardive, est-ce qu'elle n'accentue pas, en retour, les manifestations de la dermatite atopique? Et deuxièmement, une prise en charge médicale et psychologique plus précoce ne pourrait-elle pas améliorer la qualité de vie de la famille et atténuer l'impact des réactions parentales sur le développement du bébé?

Sophie Recchia (**Université de Metz Paul Verlaine**), Fabienne Lemétayer (**Université de Metz Paul Verlaine**)

Stratégies de coping maternelles et paternelles face à une naissance prématurée

Contact : recchia.sophie@wanadoo.fr

Dans une perspective de compréhension du vécu parental lors d'une naissance prématurée, cette étude vise un double objectif : 1/ rendre compte des différences entre le coping de la mère et du père au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré ; 2/ étudier l'effet des traits de personnalité sur le coping parental. L'échantillon de notre recherche est constitué de 20 parents d'enfants anciens prématurés, où la mère et le père ont conjointement répondu au Brief-COPE et au NEO-PI-R. Les résultats mettent en évidence qu'il existe des différences de coping en fonction du sexe des parents. En effet, les mères utilisent significativement plus le coping de l'expression des sentiments et du blâme que les pères. Elles expriment davantage soit leurs difficultés, soit leur sentiment de culpabilité liés à cette naissance prématurée, alors que les pères semblent éprouver plus de difficulté à parler de leur vécu. D'autre part, l'étude montre que les traits de personnalité influencent les stratégies d'ajustement des parents face à la prématurité. Cette étude montre la nécessité de proposer un accompagnement, et ceci autant pour la mère que pour le père.

Problématiques sociales de la santé

Rui Duarte Santos (**Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto**), Pierre Tap (**Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto**), Maria de Lourdes de Vasconcelos (**Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto**), Marta Fonseca (**Centro Europeu de Investigação sobre Condutas e Instituições (CEICI) – Fundação Bissaya-Barreto**)

L'évolution du stress chez les personnes vivant en situation précaire dans la Région Centre de Coimbra (Portugal)

Contact : ceici@lsbb.pt

L'étude des effets de la précarité socio-économique sur la vulnérabilité psycho-sociale de l'individu part souvent de l'idée préconçue selon laquelle les personnes en situation précaire sont nécessairement plus stressées que les personnes « non précaires ». Les travaux sur la résilience discutent de ce préjugé. Mais on ne peut nier pourtant le fait que la situation précaire provoque de multiples souffrances et qu'elle constitue de ce fait un important « stresser potentiel », même s'il n'est pas systématiquement activé. La présente recherche a pour objectif d'évaluer la nature et l'intensité du stress perçu par un groupe de personnes vivant en situation économique précaire, comparé à un groupe témoin de personnes n'ayant aucune difficulté d'ordre économique. Participent à cette recherche, 448 personnes interviewées dans 14 Centre de Santé de la Région Centre (Coimbra, Portugal), dont 205 hommes et 243 femmes, âgées de 18 à 85 ans. Parmi ces personnes, 201 vivent en situation précaire. A partir d'une analyse des instruments existants pour l'évaluation du stress, en particulier l'échelle canadienne de Lemyre et Tessier (1988) et l'échelle Toulousaine de stress (Tap et al.1999), Tap, Sordes et Vasconcelos (2004) ont élaboré et validé une échelle réduite de 12 items, qui permet une auto-évaluation du stress par l'adulte. Cette échelle comprend 4 dimensions initiales : humeur dépressive, manifestations physiques, lassitude-fatigue et fébrilité-tension 3 items par dimensions). Nous présenterons les éléments permettant la validation de l'échelle et discuterons de l'obtention de deux facteurs : lassitude-dépressivité et angoisse-tension temporelle . Nous présenterons ensuite les résultats différentiels en fonction du statut socio-économique (précaires et non-précaires) en relation avec le sexe, avec l'âge et avec d'autres indicateurs.

Moulin Jean Jacques (**Cetaf**), Dauphinot Virginie (**Cetaf**), Dupré Caroline (**Cetaf**), Sass Catherine (**Cetaf**), Labbe Emilie (**Cetaf**), Gerbaud Laurent (**CHU Clermont-Ferrand**), Gueguen René (**Cetaf**)

Inégalités de santé et facteurs comportementaux dans une population de 553 635 personnes en situation de précarité

Contact : jean-jacques.moulin@cetaf.cnamts.fr

Objectif. Comparer des indicateurs d'état de santé et de comportements parmi les personnes en situation de précarité et les personnes non précaires examinées dans les Centres d'examen de santé de la CNAMTS de 1995 à 2002. Méthodes. Les populations précaires (553 635 personnes : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), personnes sous contrats emplois-solidarité (CES) personnes sans domicile fixe (SDF)) sont comparées à une population de référence (516 607 personnes échantillonnées aléatoirement parmi les autres consultants des Centres d'examen de santé, et stratifiées sur le sexe, l'année d'examen et la région d'habitation). Les données ont été recueillies selon les procédures standardisées d'examen des Centres d'examen de santé : questionnaire sur les comportements et l'accès aux soins, examen médical et dentaire. L'analyse statistique repose sur le modèle logistique multivarié (odds ratios (OR) et intervalles de confiance à 95% (IC 95%)). Résultats. Tous les indicateurs sont significativement altérés dans toutes les catégories de précaires. Les OR les plus élevés sont observés parmi les SDF pour le non suivi médical ou dentaire (femmes : OR 11,65 IC 95% [9,85-13,8]) et la présence de caries dentaires non traitées (femmes : 2,41 [2,19-2,65]), parmi les CES pour la maigreur (hommes : 2,25 [2,07-2,45]), dans le groupe RMI pour le tabagisme (hommes : 2,67 [2,63-2,72]), parmi les chômeurs pour le mauvais état de santé perçue (hommes : 1,62 [1,60-1,64]) et l'obésité (femmes : 1,56 [1,53-1,59]). Les OR de l'hypertension artérielle sont significativement inférieurs à l'unité parmi les SDF (hommes : 0,74 [0,66-0,83], femmes : 0,87 [0,66 1,14]). Ces prévalences ont tendance à diminuer entre 1995 et 2002 dans les deux populations, à l'exception de l'obésité, de la maigreur et du non suivi gynécologique qui augmentent significativement. Conclusion. La politique de la CNAMTS priorisant l'examen de santé vis-à-vis des personnes en situation de précarité a permis de voir des personnes ayant un état de santé significativement plus altéré dans de nombreux domaines. L'évaluation de ces politiques visant à corriger les altérations de santé et à favoriser la réinsertion sociale des publics en difficulté reste à faire.

Durozard, Carole (**Université Blaise Pascal**), Izaute, Marie (**Université Blaise Pascal, LAPSCO**), Chiotti, Blandine (**Université Blaise Pascal**)

La réinsertion sociale des traumatisés crâniens : perception du soutien social et du locus de contrôle.

Contact : carole.durozard@laposte.net

Cette étude a un double objectif : étudier la réinsertion sociale de cette population trois à cinq années post-accident et déterminer dans quelle mesure des variables telles que le locus de contrôle ou le soutien social perçu peuvent influencer la réussite de ce retour à la vie sociale. Quarante-six personnes admises dans les services de neuro réanimation du CHU de Clermont-Ferrand suite à un traumatisme crânien ont été interrogées. Le degré de réinsertion des participants a été estimé à l'aide du critère de reprise professionnelle. Ainsi, deux groupes peuvent être constitués : le groupe des patients "faiblement réinsérés" et le groupe des patients "fortement réinsérés". Les résultats montrent que trois à cinq années post-traumatisme crânien, seul un traumatisé crânien sur deux a réussi sa réinsertion socio professionnelle. Cette réussite est associée à la perception d'un soutien social et à un locus de contrôle peu externe. En effet, si dans les deux groupes, le nombre de personnes disponibles pour fournir une aide est plus faible que dans la population tout venant, les participants "fortement réinsérés" ont rapporté une plus grande satisfaction par rapport au soutien social que les participants "faiblement réinsérés". Concernant le locus de contrôle, nous avons montré que les personnes victimes d'un traumatisme crânien sont globalement moins internes que la population générale. Par contre, ceux qui ont réussi leur réinsertion obtiennent un score inférieur à celui des participants "faiblement réinsérés" sur les dimensions "chance" et "pouvoir d'autrui". Ces derniers expliquent plus ce qu'il leur arrive par des facteurs extérieurs relativement incontrôlables et tendent à ne pas établir de lien entre leurs compétences ou leurs comportements et les renforcements qu'ils reçoivent. Les résultats de cette étude ont des implications importantes dans les stratégies de réadaptation et les modalités de suivi des personnes victimes d'un traumatisme crânien.

Eyssartier, Chloé (**Université d'Aix-Marseille 1**), Guimelli, Christian (**Université d'Aix-Marseille1**), Joule, Robert-Vincent (**Université d'Aix-Marseille1**)

Représentation sociale et engagement : une application au don d'organes

Contact : chloe.eyssartier@wanadoo.fr

Les campagnes de sensibilisation sur le don d'organes sont basées sur l'idée selon laquelle une attitude favorable au don d'organes débouche sur le comportement attendu : signer une carte de donneur. Or Baluch, Randhawa, Holmes et Duffy (2001) ont montré qu'il n'y a pas de corrélation entre l'attitude que l'on peut avoir envers le don d'organe et la décision de signer ou de ne pas signer une carte de donneur. Si l'information et la persuasion sont nécessaires, elles ne sont pas suffisantes. Les travaux réalisés dans le cadre de la théorie de l'engagement, et notamment dans le cadre du paradigme du pied-dans-la porte

(Freedman et Fraser, 1966), montrent tout l'intérêt qu'il y a à passer par des actes préparatoires. Le principe du pied-dans-la porte, consiste à faire précéder la requête concernant le comportement attendu d'une requête de moindre coût (acte préparatoire, cf Joule et Beauvois, 1998 ; 2002). On sait que l'acte préparatoire doit relever de la même identification de l'action que le comportement attendu. Si le choix de l'acte préparatoire se fait, dans les recherches, de manière relativement intuitives, la théorie des représentations sociales pourrait nous aider à mieux choisir l'acte préparatoire et par de là, nous permettre de gagner en efficacité. Expérience : L'objet de cette recherche est d'optimiser la procédure de pied-dans-la porte à la lumière de la théorie des représentations sociales. On fait l'hypothèse que la réalisation d'un acte préparatoire qui aurait trait à un élément central de la représentation du don d'organes permettra d'augmenter la probabilité que les sujets signent une carte de donneur comparativement à une condition dans laquelle l'acte préparatoire aurait trait à un élément périphérique. Méthode : Dans un premier temps, nous avons étudié la représentation du don d'organes chez une population d'étudiantes, et avons dégagé 8 éléments (4 centraux et 4 périphériques). Dans un second temps, les sujets étaient sollicités afin de signer une pétition sur le don d'organes (acte préparatoire). Pour la moitié des sujets, l'accroche de la pétition portait sur un élément central (par exemple : donner ses organes, c'est aider les autres), pour l'autre moitié, sur un élément périphérique (par exemple : donner ses organes, c'est sauver des vies). Puis, il leur était proposé de signer une carte de donneur (comportement attendu). Résultats : Nous avons obtenu l'effet classique de pied-dans-la porte: les sujets de la condition pied-dans-la porte (68 sujets/ 160) furent significativement plus nombreux à signer une carte de donneur que les sujets de la condition contrôle (42 sujets /136), soumis uniquement à la requête finale ($p < 0,05$). Mais, surtout notre hypothèse principale se trouve validée : les sujets pour qui un élément central était activé (40 sujets /80) furent significativement plus nombreux à signer une carte de donneur que ceux pour qui un élément périphérique était activé (28 sujets / 80) ($p < 0,10$).

Bagnulo Adriana (**Université Toulouse II**), Muñoz Sastre Maria Teresa (**Université Toulouse II**)

Pourquoi prend-on des antibiotiques? Une étude des raisons invoquées en France

Contact : adrianabagnulo@yahoo.com

Les antibiotiques ont permis un grand progrès dans la lutte contre les maladies infectieuses. Néanmoins, depuis quelques années, nous sommes confrontés à un problème majeur de Santé Publique : le phénomène de la résistance bactérienne. Le mauvais usage des antibiotiques est une des causes de la résistance. L'une des stratégies consiste à réduire au minimum l'usage injustifié ou inadapté. L'objectif de cette étude était de connaître les principales raisons invoquées pour le refus et la prise des antibiotiques en France, chez le grand public. Le cadre théorique s'appuie sur la Théorie du Renversement de Michael Apter. 177 personnes ont été interrogées. L'échantillon était constitué d'adultes « tout venant ». Le matériel se composait d'un questionnaire de 60 items qui portait sur les raisons à prendre des antibiotiques, un questionnaire de 70 items qui portait sur les raisons à refuser des antibiotiques et 21 questions recueillaient les caractéristiques personnelles et les habitudes vis-à-vis des antibiotiques. Des analyses factorielles exploratoires furent réalisées pour les deux questionnaires. Dans le cas des raisons à prendre des antibiotiques, une solution à trois facteurs qui expliquait 36% de la variance fut retenue. Le premier facteur regroupait les raisons de type altruistes (pour ne pas être une charge pour les autres). Dans le deuxième facteur, les raisons données étaient plus égocentriques (pour retrouver la maîtrise de soi). Le troisième rassemblait les items où prendre des antibiotiques est un moyen d'obtenir un plaisir immédiat. Dans le cas du questionnaire qui porte sur le refus, une solution à quatre facteurs qui expliquait 45.4% de la variance fut retenue. Le premier facteur regroupait les raisons centrées sur la maîtrise de soi (on n'a pas besoin de médicaments pour guérir). Dans le deuxième facteur la personne est centrée sur elle-même mais elle chercherait à que les autres se rapprochent d'elle. Le troisième facteur regroupait les items qui portent sur les raisons économiques et finalement dans le dernier facteur nous retrouvions que les personnes refusaient de prendre des antibiotiques pour éviter que le phénomène de résistance bactérienne s'accroît.

Hartmann Anne (**Université de Haute-Bretagne Rennes 2**)

Limites des modèles consuméristes pour l'évaluation de la satisfaction des patients.

Contact : hartmann.anne@wanadoo.fr

En France, les établissements de santé sont tenus de procéder à l'évaluation de la satisfaction des patients. Cependant, ce concept de satisfaction est mal défini, et la plupart des études sur ce thème utilisent le modèle des attentes dans une perspective consumériste. Toutefois, les résultats constamment élevés des enquêtes de satisfaction amènent certains chercheurs à s'intéresser à la manière dont les patients évaluent leur satisfaction grâce à l'utilisation de méthodes qualitatives, ce que propose la présente recherche. Une pré-enquête (entretiens non-directifs) a été réalisée auprès de patients hospitalisés (N=20) et a permis de construire une grille de questions. Dans un second temps, des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès d'un autre échantillon de patients (N=13). L'extrême hétérogénéité du matériel obtenu a permis de dégager deux variables pertinentes sur la manière dont les patients évaluent leur satisfaction : l'« ajustement à l'hospitalisation », et le rôle que les patients pensent pouvoir tenir dans leur relation au système de soins, conceptualisé par la notion de « sentiment d'ayant droit ». Des analyses thématiques et automatiques de contenu sont effectuées. Ces analyses permettent de mettre en évidence quatre profils différents en fonction

du croisement de ces variables « ajustement » et « sentiment d'ayant droit » avec deux conditions : fort / faible : les patients au sens étymologique du terme, les patients « usagers » adaptés à l'approche « marketing », les patients « évitants » hostiles et enfin les patients au « stress perçu élevé », dont les attentes et les valeurs se heurtent au fonctionnement institutionnel. Les lois précédant souvent les changements de représentations, le « sentiment d'ayant droit » est au cœur de la modification du statut du patient. En conséquence, il convient de réfléchir à une relation adaptée et constructive du malade en interaction avec le système de soins. La notion d'empowerment traduit le lien possible entre « sentiment d'ayant droit » et engagement, implication dans le processus de soin, adhésion à des conseils en éducation pour la santé, et reconnaissance du travail des soignants à travers une réelle coopération.

Eisenlohr Stéphane (**Université d'Aix-Marseille 1**), Charrançon Nicolas (**Université d'Aix-Marseille 1**)
Approche psychosociale du rapport aux risques sanitaires de populations jeunes précaires : Modèle contagionniste et régulations sociales
Contact : slade.stephane@online.fr

Cadre de la recherche On remarque, en France, une progression de la précarité et de ces effets sur la santé (Haut Comité de la Santé Publique, 1998). Les populations jeunes précaires semblent particulièrement touchées par l'hépatite C (Karmochkine, et al. 1999) et le sida (Calvez, 2000). Problématique Afin d'étudier les rapports à la maladie de jeunes précaires, nous nous appuyons sur le paradigme des représentations sociales (Jodelet, 1989) et sur la notion de prototype (Bishop, 2000). Nos objectifs sont : - Etudier la place du sida au sein de significations associées à la maladie. - Rendre compte de la saillance d'un modèle contagionniste dans le rapport aux risques. Méthodologie : Nous nous appuyons sur deux enquêtes : - Une première, par questionnaires (n=77), sur les représentations de l'hépatite C, auprès d'individus (16-25 ans) : Etudiants (n=40) vs Précaires (n=37). - Une seconde, sur les représentations du sida, combinant entretiens de recherches (Jeunes précaires, n=29) et questionnaires (précaires n=122, étudiants n=40). Résultats L'analyse des résultats, de la première recherche, permet de : - Montrer que le Sida apparaît comme maladie de référence pour penser l'Hépatite C (Associations de mots ; Régressions), ce processus étant socialement régulé (Anova), - Dégager deux dimensions, socialement régulées, structurant le champ représentationnel de l'Hépatite C (ACP) : Maladie transmissible vs. Maladie contagieuse, - Mettre en évidence l'actualisation, socialement régulée, de 3 registres afin d'appréhender l'Hépatite C (Régressions) : Contagion, hygiène et méfiance. Au niveau de la seconde recherche : - Les analyses de contenu (thématique et lexicologique) montrent la saillance du thème « sida », qui semble organiser l'univers prototypique de la maladie grave. - On constate une adhésion à des raisonnements mettant en jeux trois registres (Hygiène, méfiance, contagion), à partir desquels les risques sanitaires sont pensés. Les résultats du questionnaire montrent la spécificité de cette adhésion dans le groupe précaire. Discussion Ces résultats permettent de discuter de la place du sida, en tant que prototype pour penser les maladies graves ou peu connues. Le sida est révélateur de l'adhésion, socialement régulée, à un modèle contagionniste organisé autour de trois registres : Méfiance, hygiène, contagion.

Gonin Audrey (Université Lumière Lyon 2)
Représentations sociales de la relation d'aide
Contact : Audrey.Gonin@univ-lyon2.fr

La notion de relation d'aide connaît actuellement un succès qui vient interroger sa signification : quelle est la place et la fonction de cette notion dans l'ensemble des représentations sociales qu'ont construit les acteurs des champs médical et social concernant leur rôle ? Ce concept émergent, encore flou, témoigne de l'évolution des pratiques de soutien et d'assistance à autrui, mais aussi du sens qui leur est donné. Dans un premier temps, nous proposerons une définition et une délimitation des relations qui peuvent être qualifiées d'aide : quelles en sont les spécificités ? Parmi celles-ci, la relation d'aide est, dans un contexte institutionnel, une relation asymétrique : « l'aidant » et « l'aidé » ont des places distinctes, définies par l'institution au sein de laquelle leur rencontre a lieu. Puis nous verrons en quoi les représentations sociales d'une « relation d'aide » héritent et se démarquent d'une pensée de la charité. Si l'éthique de l'agapè – avec les valeurs de justice et de bienveillance – semble bien présente encore pour les acteurs des champs médical et social, l'oubli de soi dans l'acte charitable n'est plus valorisé car il s'agit dorénavant d'établir une relation où chacun, au-delà de son rôle, a une place de sujet. Enfin, nous tenterons de repérer les points sur lesquels se rencontrent et se distinguent les notions d'aide et de don. La dimension paradoxale du don, à la fois libre et obligatoire, peut se lire également dans l'aide : celle-ci visant à émanciper l'aidé tout en l'étayant, l'aidant se montre à la fois présent et absent aux sollicitations dont il fait l'objet. Cependant, alors que le cycle du don est sans fin, l'aide a une finitude, dans la mesure où les places ne peuvent s'échanger. Ainsi, la relation d'aide se situe dans une temporalité qui la caractérise et la structure. Dans l'univers de représentations des aidants, le concept de relation d'aide s'élabore en se distinguant et s'étayant sur les

notions de charité et de don, reflet de l'évolution des pratiques et des cadres de pensée des champs médical et social.

Lo Monaco Grégory (Université de Provence)

Représentations sociales de l'alcool

Contact : gregorylomonaco@hotmail.com

C'est dans le cadre des représentations sociales (Moscovici, 1961) que nous avons étudié l'objet social « alcool » auprès d'une population de soixante étudiants de l'Université de Provence dont la moyenne d'âge était de 21 ans. Nous avons procédé par associations verbales et avons soumis les données à un traitement par analyse factorielle des correspondances (AFC) (Cibois, 1983 ; Doise, Clémence, Lorenzi-Cioldi, 1992, Deschamps, 2003). Par ailleurs, nous demandions également aux participants d'évaluer sur des échelles de type Lickert dans quelle mesure l'alcool pouvait être associé avec des émotions comme la joie, la tristesse, la peur, la honte, la colère, la surprise ou encore le dégoût. Nous pensions que les pratiques de consommation avaient un rôle dans la façon dont les participants se représentaient l'alcool. Or, du traitement par AFC il ressort que les trois premiers expliquent à eux seuls 77% de l'inertie totale et ces trois premiers facteurs sont la profession des parents (élevée vs faible), le sexe, le milieu d'habitation (urbain vs rural). Nous constatons que les espaces représentationnels mis en évidence par l'analyse sont différents selon les ancrages sociaux. En effet, et pour exemples, les étudiants dont les parents ont des professions d'un niveau bas associent plus l'alcool à l'alcoolisme et à la drogue alors que ceux dont les parents ont des professions d'un niveau élevé l'associent plus aux amis et au vin. Nous voyons donc deux univers bien différents. En effet, l'alcool semble bénéficier d'une connotation beaucoup plus positive dans un cas que dans l'autre. Notre hypothèse concernant le poids des pratiques est infirmée puisque ce facteur explique seulement 0.25% de l'inertie totale. Concernant les associations avec les émotions, la variable « consommation » semble être décisive. En effet, en effectuant des traitements ANOVA, nous avons constaté que le rapport affectif à l'alcool était différent selon que les participants en consomment ou pas. Pour exemple, les consommateurs associent moins l'alcool à la peur que les non consommateurs ($F=5.997$; $p<.02$). Il semblerait donc que le rapport affectif à l'alcool dans notre population soit déterminé par les pratiques de consommation.

Balbuena Julie (Université de Provence (Aix-Marseille1))

Représentations sociales et explications sociales: comment les jeunes expliquent-ils l'usage et le non-usage de cannabis?

Contact : julie.balbuena@free.fr

Problématique de recherche: Étudier la pensée du sens commun concernant les explications sociales de l'usage et du non-usage de cannabis dans des conditions expérimentales socialement marquées (appartenance sociale et statut social de l'utilisateur) Contexte social de l'étude: - Le cannabis = enjeu en santé publique: Décalage entre le statut illégal de l'usage de cannabis et la proportion de sa consommation chez les adolescents et les jeunes adultes (usage = comportement majoritaire) Cannabis = objet de tension normative - Le cannabis = enjeu social Objet polysémique et polémique «c'est une drogue vs ce n'est pas une drogue» Lieu d'expression de la pensée sociale Méthodologie: N= 640 étudiants hommes et femmes 2 programmes de recherches : - Recherche 1: manipulation de la variable appartenance sociale de la cible (homme versus femme) - Recherche 2 : manipulation du statut social de la cible (cadre versus ouvrier) Analyses: Les données qualitatives ont été analysées avec le logiciel Alceste© Résultats: -Prédominance des imputations (explications en terme d'intentions, voir Buss 1978) pour expliquer l'usage de cannabis - Actualisation de la valeur associée aux explications en fonction du statut social de la cible (cadre versus ouvrier) -Prédominance des inférences pour expliquer le non-usage de cannabis Perspectives de recherche: -Il semble pertinent de distinguer les explications qui relèvent d'inférences de celles qui relèvent d'imputations. -Des recherches sont en cours de réalisation et montrent que les sujets adhèrent à cette distinction, et que la mobilisation de ces deux registres d'attributions varie en fonction de manipulations expérimentales socialement marquées. -La prise en considération de cette distinction dans les explications permet d'intégrer les notions de responsabilité et de préméditation de l'acte qui peuvent dans certains cas (comme l'usage de cannabis) éclairer sur les valeurs normatives attribuées à l'objet par une population donnée et s'exprimant dans la pensée sociale.

Ceccarini Luana (Département de Psychologie, Université des Etudes de Turin (Italie)), Canavese Elisa (Département de Psychologie, Université des Etudes de Turin (Italie)), Caviglia Fulvia (Département de Psychologie, Université des Etudes de Turin (Italie))

"Dans les yeux de l'autre". Une recherche empirique sur les représentations sociales de la folie parmi les sujets experts et les sujets naïfs

Contact : luanaceccarini@yahoo.com

La recherche présentée est la première étude d'un projet qui a pour objectif d'analyser la représentation sociale de la maladie mentale parmi les opérateurs psychiatriques et les sujets naïfs, en se concentrant sur la relation avec les pratiques des sujets et les contextes culturels spécifiques (italiens et français). Il se compose de deux études : 1. Etude exploratoire pour analyser le contenu de la représentation sociale parmi 100 sujets experts des " Départements de la Santé Mentale " de Genova (Gênes) et de Mondovì-Ceva (Italie) et 100 sujets naïfs des mêmes villes. 2. Etude ciblée à l'analyse de la structure de la représentation sociale et à la validation de l'hypothèse que son noyau central soit organisé autour des dimensions de la subjectivité et de l'altérité. Les sujets étudiés sont 200, subdivisés entre sujets naïfs et experts et entre contexte italien et français. Les hypothèses qui guident ce travail partent des recherches de Jodelet (1985, 1986, 1989), De Rosa (1990), et des recherches internationales (France, Espagne, Italie) sur la représentation sociale de la maladie mentale (Bellelli, 1994) Toutes ces recherches voient cette représentation se structurer autour de la dichotomie normalité/pathologie liée à l'opposition soi-même-normal/autre-divers. Tels résultats peuvent conduire à l'hypothèse que le noyau central puisse s'organiser selon les dimensions de la subjectivité et de l'altérité, ainsi que culturellement exprimées, dans l'hypothèse que la maladie mentale puisse être vue comme radicalement autre de soi-même, altérité en opposition à un modèle de subjectivité culturellement centrée sur l'autodétermination, la conscience et la rationalité. Les données de la première étude ont été recueillies par un questionnaire qui comprenait des évocations libres, des questions ouvertes et des questions à choix multiples. Ces données ont été analysées par différentes méthodes : 1) pour les évocations, analyse de la fréquence et du rang avec Evoc 2003 et classification descendante hiérarchique avec Alceste, 2) pour les questions ouvertes, analyse traditionnelle de contenu et analyse avec Alceste, 3) pour les questions à choix multiples, analyses descriptives et des relations significatives. Cette première étude veut voir quels univers de significations sont représentés, quelles variables sont liées aux classes, si les sujets experts utilisent des mondes lexicaux différents par rapport aux sujets naïfs et enfin rechercher s'il y a des éléments dans les contenus des représentations qui peuvent être reliés aux thèmes de la subjectivité et de l'altérité, des éléments avec les quels on pourrait partir pour la seconde étude plus spécifique sur la structure du noyau central.

Duchène Christelle (**INPES**), Barthélémy Lucette (**Comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine**), Housseau Bruno (**INPES**), Vincent Isabelle (**INPES**)
Comportement alimentaire et précarité : réactualisation du Classeur alimentation atout prix
 Contact : christelle.duchene@inpes.sante.fr

Introduction Depuis plusieurs années l'INPES et ses partenaires travaillent sur les possibilités d'agir en éducation pour la santé sur l'alimentation des personnes en situation de précarité socio-économique. Prévenir les déficiences nutritionnelles de ces populations fait partie des objectifs de santé publique du Programme national nutrition santé. Mais travailler sur l'alimentation avec ces personnes ne peut se réduire à la seule considération de la qualité nutritionnelle de leurs apports alimentaires. Les difficultés au quotidien et les différentes dimensions de l'acte alimentaire, psychoaffective, relationnelle et culturelle notamment, sont autant d'éléments à prendre en compte. **Objectifs** Contribuer à faire de l'alimentation, la préparation et la prise des repas, un moyen de promotion de la santé pour les personnes en situation de précarité socio-économique. L'objectif n'est pas seulement de leur apprendre à adapter leurs apports alimentaires mais aussi de les aider à conserver ou retrouver le plaisir de manger, de recréer du lien social autour des repas et d'améliorer leur estime de soi. **Méthode** Cet outil propose des activités à mener collectivement qui reposent sur les principes suivants : - une approche positive des recommandations nutritionnelles et de l'alimentation en général - une démarche participative visant à donner envie aux personnes de s'interroger sur leurs pratiques alimentaires et à les rendre actives. - un travail à partir des expériences, habitudes, croyances et valeurs propres à chacun en matière d'alimentation - la possibilité pour chacun de s'exprimer à ce sujet, de partager ses difficultés mais aussi ses astuces et idées. **Résultats** L'outil est composé de trois parties « acheter, préparer, manger » construites selon la même progression : - faire émerger les représentations, attitudes, croyances et lister les facteurs favorisant ou limitant pour chacun avec des transparents d'appel comme « envie / pas envie de cuisiner » ou « pourquoi je mange ? ». - construire, choisir et comparer des données pour développer les connaissances et savoir faire - proposer des mises en situation reprenant les éléments précédents. **Conclusion** L'alimentation permet la mise en valeur de nombreuses compétences. C'est une porte d'entrée positive et concrète pour promouvoir la santé et l'insertion sociale des personnes.

Negura Lilian (**Université Laval**), Maranda Marie-France (**Université Laval**)
Intégration sociale comme modèle d'intervention. Comment les cadres d'entreprises peuvent aider les toxicomanes ?
 Contact : Lilian.Negura@fse.ulaval.ca

La recherche présentée dans cette communication permet aux auteurs de formuler des arguments pour un modèle d'intervention fondé sur le principe d'intégration socioprofessionnelle. Ce modèle d'intervention est destiné à venir en aide à des toxicomanes. Une enquête a été effectuée auprès de 75 sujets, cadres responsables d'embauche de grandes, moyennes et petites entreprises de la région de Montréal et de Québec. La méthode de l'analyse de contenu des entretiens semi dirigés a permis l'étude des représentations sociales à l'origine des différentes prises de position des cadres face au problème de la toxicomanie dans l'entreprise ou à l'embauche. L'étude de ces représentations sociales a permis l'élaboration d'une typologie des besoins des cadres en matière d'insertion professionnelle des toxicomanes. Nos résultats montrent comment les représentations des déterminants de la toxicomanie et des fonctions de l'entreprise génèrent des prises de positions fermée, ouverte, tolérante ou engageante, positions à l'origine des besoins des cadres en information sur la toxicomanie, en services internes de réhabilitation des toxicomanes ou en services externes de réinsertion des toxicomanes. Différentes stratégies sont formulées à l'aide de ces résultats afin de faciliter l'accès des ex-toxicomanes dans les entreprises.

St-Jean Mathieu (**Université du Québec à Montréal**), Guerreschi Luc (**Université du Québec à Montréal**), Tremblay Philippe (**Université du Québec à Montréal**), Quesnel Martine (**Université du Québec à Montréal**), Garnier Catherine (**Université du Québec à Montréal**)

Représentation sociale, douleur et souffrance : le cas Vioxx

Contact : st-jean.mathieu@uqam.ca

En juillet 1992, la compagnie Merck était sur la piste d'une nouvelle molécule, le Vioxx, qui allait révolutionner le soulagement de la souffrance des patients atteints d'arthrite. C'était avec frénésie qu'en novembre 1999, la pharmaceutique américaine conviait la presse mondiale au lancement de ce médicament anti-inflammatoire dont nul ne pouvait douter de son retrait du marché moins de quatre années plus tard. La vision cauchemardesque des utilisateurs, l'émoi médiatique et scientifique témoignent de l'état de crise dans laquelle se trouvait l'ensemble des acteurs entourant ce médicament dès son retrait. Cette présentation propose l'étude de cet état de crise à l'aide de la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1969; Garnier, 2002). À cette fin, nous avons utilisé le logiciel d'analyse qualitative Alceste pour réaliser une analyse factorielle des correspondances de la totalité des discours médicaux (MEDLINE), économiques (ABI) et les quotidiens (Biblio branchée, ABI) publiés entre janvier 1999 et novembre 2004. D'une manière générale, les résultats montrent certaines divergences de la manière dont s'articulent les discours dans les différentes sources d'information. En ce qui concerne les résultats des discours issus des quotidiens et des journaux des sciences économiques, ceux-ci se construisent autour de thèmes communs, soit la sphère médicale, la sphère économique, la sphère juridique. Par ailleurs, il est intéressant de préciser que ni l'univers de sens ni même l'organisation cognitive de ces différents thèmes ne s'articulent de la même façon dans ces deux ordres de discours. Se démarquant de ceux-ci, les discours provenant des journaux des sciences médicales demeurent dans les domaines pharmacologiques (sphère de diagnostic, sphère instrumentale, sphère de la pharmacie, sphère de la pharmacocinétique). Malgré toute la pertinence des différents paradigmes de ces discours, on note toutefois que peu de place est laissée au patient et à sa souffrance. Le soulagement de la souffrance est pourtant le fondement de cette découverte scientifique et semble néanmoins être écarté des discours sur le retrait du Vioxx.

Coulon Nathalie (**Université Charles de Gaulle - Lille 3**), Mariage Dominique (**Direction de la Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général du Pas de Calais**), Demerval René (**Université Charles de Gaulle - Lille 3**)

Le programme d'accompagnement « Etre maman ou papa pour la première fois » : une démarche et des outils pour la promotion de la santé des parents et de leurs enfants

Contact : nathalie.coulon@univ-lille3.fr

Le programme « Etre maman ou papa pour la première fois » est né d'une collaboration entamée en 2001 entre des chercheurs en Psychologie et un groupe de professionnels de l'Action-Sanitaire et Sociale du Pas-de-Calais dans le contexte des appels à projets annuels du Programme Régional de Santé des enfants et des jeunes. En adoptant une approche socio-écologique du développement humain, nous avons exploité des concepts issus du champ de la promotion de la santé, de la psychologie de la santé et de la psychologie du développement pour mettre au point un protocole d'accompagnement transversal compatible avec les contraintes institutionnelles. L'objectif est de soutenir les parents dans l'exercice de leur nouveau rôle, qui peut être vécu comme stressant, pour mobiliser et développer leurs ressources adaptatives afin de susciter la mise en place de routines quotidiennes de soin et d'éducation favorables à un bon développement pour l'enfant. L'accompagnement des familles proposé dès le 4^e mois de grossesse jusqu'aux deux ans de l'enfant, à domicile ou en consultation d'enfants, s'inscrit dans une logique d'autonomisation. A partir d'une analyse des besoins, nous avons créé des supports (classeurs et fiches sous forme de bandes dessinées) qui devraient permettre aux professionnels d'aborder de manière interactive les difficultés ordinaires de

l'ajustement parental et de travailler avec les parents sur la résolution de leurs problèmes. Une cinquantaine de professionnels (médecins, sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales, psychologues) issus de 3 sites pilotes ont été formés à la démarche afin de poursuivre le travail de conception dans une logique de recherche-action. Nous proposons de présenter ce programme sachant que l'expérimentation entamée début 2005 nous permettra d'évaluer ultérieurement le processus d'accompagnement et son impact tant pour les parents, les enfants et les professionnels.

Guyot Sandrine (Université Paris X Nanterre)

Stratégies de préservation de la santé par les salariés, entre efficacité et limites : les conducteurs de train face au temps de travail.

Contact : sandrine.guyot_delacroix@u-paris10.fr

Depuis ces dernières années, le temps de travail est au cœur des débats sociaux, économiques et politiques, notamment au travers de la promulgation de la loi sur les 35 heures. L'accroissement de la flexibilité du travail, l'évolution des systèmes productifs, la diversification de la relation d'emploi ont en outre sensiblement modifié la structure temporelle du travail salarié. Les travailleurs soumis à des horaires de travail décalés, irréguliers, ou morcelés sont de plus en plus nombreux autant en France que dans d'autres pays européens. Néanmoins, pour certaines activités professionnelles, comme la conduite de trains, l'atypie des horaires de travail est constitutive de l'exercice même du métier. Les horaires des conducteurs sont " calqués " sur ceux des trains circulant à toute heure de la journée ou de la nuit. Ni début ni fin consacrés, ni césure claire entre temps de travail et hors travail..., l'emploi du temps des cheminots n'est réglé par aucune régularité dans les heures et la durée du travail, de repas, ou de repos. Plusieurs études ont exploré les incidences de cette organisation temporelle sur la santé des conducteurs de train, particulièrement sur leur vigilance et leur sommeil ; Peu en revanche se sont intéressées aux modalités de régulation mises en œuvre par ces travailleurs pour préserver leur santé. Comment, au quotidien mais aussi tout au long de la vie professionnelle, les conducteurs tentent-ils de maintenir un équilibre entre santé physique et santé psychique, face aux désynchronisations biologiques et sociales induites par leurs horaires de travail ? S'appuyant sur une étude réalisée sur les conditions de travail des cheminots français (Guyot, S, Weill-Fassina, Valot, C. & Amalberti, R, 1996 ; Guyot, S, 1999), la communication mettra en évidence les différentes formes et niveaux d'ajustements et compromis établis par ces salariés pour " contenir " les exigences du travail et leurs implications en terme de santé. Au delà de cet exemple, ce sont les stratégies de préservation de la santé qui seront discutées, du point de vue de leur efficacité et de leurs limites, et face à l'intensification des contraintes actuelles du travail.

Depetris Pier Giuseppe (Université de Provence), Meluzzi Alessandro (Ecole Supérieure de Humanisation de la Médecine , Région Piémont)

La (bonne et la mauvaise) santé en relation aux autres caractéristiques et aspects du corps propre

Contact : pdepetris@tiscalinet.it

Nous avons analysé comme le propre corps, pour les 200 sujets, est en relation et lié aux différentes situations, émotions et états comme : 1 L'image que je me fais de moi-même, 2 le plaisir, 3 les obstacles à mon expression, 4 le bien-être, 5 la tristesse, 6 le jugement des autres sur moi, 7 le fait de me sentir libre, 8 l'image de moi que je donne aux autres, 9 la joie, 10 le jugement que j'ai de moi-même, 11 la douleur, 12 les relations amoureuses, 13 le fait de sentir des interdictions, 14 le malaise, 15 la facilité à m'exprimer. En analysant ces liens avec le propre corps, nous avons obtenu des indications intéressantes sur la santé et sur la façon de l'entendre. On a retrouvé 3 grands ensembles : le premier avec le bien-être, le fait de me sentir libre et le plaisir avec des éléments secondaires : les relations d'amour et la joie. Nous définirons en ces termes, pour le moment, le bien-être de la R.S. du corps propre, comme un sentir positif lié à la joie et au plaisir. Nous rappelons que l'O.M.S. définit la santé comme un " état de bien-être physique, mental et social " et non seulement comme absence de maladie ou infirmité. Un deuxième ensemble uni au premier, exclusivement par le rapport entre joie et douleur et composé d'éléments non pertinents ou apparemment moins liés au corps, caractérisés tous par une connotation négative, qui sont : la douleur, la tristesse, le malaise, sentir des interdictions et des obstacles à l'expression. Le troisième ensemble qui n'a pas de liens avec le premier est composé d'un élément possible essentiel, c'est-à-dire l'image de moi-même, c'est-à-dire l'image de moi que je donne aux autres et de deux éléments secondaires, c'est-à-dire le jugement des autres sur moi et le jugement que je donne de moi-même.

Depetris Pier Giuseppe (Corso Dante 21 12030 Cuneo Italia)

La représentation sociale de la santé dans la représentation sociale du corps propre et idéal

Contact : pdepetris@tiscalinet.it

reflètent	4	types	de	représentation	à	propos	du	propre	corps	:						
1			2		3			4	+	+	+	+	+	-	-	+

Boudoukha, Abdel-Halim (**Université Lille 3 Charles-De-Gaulle UPRES TEC EA 2453 – Villeneuve d'Ascq**), Hautekèete Marc (**Université Lille 3 Charles de Gaulle**), Groux, Wendy (**Université Lille 3 Charles de Gaulle**), Tremlet, Céline (**Direction régionale des Services Pénitentiaires de Lille - Lille**), Djordjian, Julie (**Direction Régionale des services pénitentiaires de Lille - Lille**), Garay, Delphine et Maciejewski, Séverine

Le Burnout et victimisations en milieu Carcéral : la Fragilisation progressive du personnel de surveillance.

Contact : abdel-halim.boudoukha@univ-lille3.fr

De nombreuses recherches ont démontré la nature stressante du travail des surveillants de prison. Le stress professionnel en milieu carcéral produit de nombreux problèmes de santé et une augmentation des arrêts maladie. Une autre conséquence du stress professionnel concerne le burn-out. Le burn-out est une réduction des ressources physiques et mentales d'un sujet qui aboutit à des problèmes professionnels et personnels. On remarque d'ailleurs chez ces personnes un "retrait psychologique du travail" qui génère rapidement des relations conflictuelles avec les personnes détenues. Le travail en prison est donc un emploi à haut risque. Si les facteurs contribuant au burn-out en prison sont connus, le lien entre la présence d'événements traumatisants inhérent à la relation surveillants/détenus n'a pas été analysé. L'objectif de cette étude consiste ainsi à examiner la relation entre le burnout et le vécu de victimisation chez les surveillants pénitentiaires. Méthodologie : Notre population est composée de 170 surveillants de prison qui travaillent dans les établissements de la région pénitentiaire de Lille. Nous leur avons proposé de remplir le Maslach burnout Inventory (1982). Ce questionnaire contient 22 items qui mesurent trois dimensions du burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel). Résultats et Discussion. Nous n'observons pas de différence sur les variables sexe ou niveau d'étude, ce qui est cohérent avec les recherches sur le sujet. Cependant, la présence de victimisation génère des différences significatives entre nos groupes sur l'expression de l'épuisement professionnel. En effet, une agression physique et/ou armée provoque un épuisement professionnel plus important qu'une agression verbale ou l'absence d'agression. Le fait d'avoir été témoin d'une agression physique, quant bien même le sujet n'est pas directement victime, entraîne un épuisement professionnel plus important que le fait de n'avoir pas été témoin d'agression ou d'avoir été témoin d'une agression uniquement verbale. En conclusion, les victimisations dans notre échantillon provoquent une augmentation de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, d'autant plus importante que la victimisation est intense. Par ailleurs, ces victimisations produisent une diminution du sentiment d'accomplissement dans son emploi. Ces résultats expliquent en partie le comportement décrit comme cynique des surveillants et leur fragilisation progressive sur le plan psychique.

Frénisy Marie-Claude (CHU Dijon 21), Chahraoui Khadija (Université de Bourgogne L.P.C.S), Freysz Marc (CHU Dijon 21), Foissac Jean-Claude (CHU Dijon), Capellier Gilles (CHU Besançon 25), Bénony Hervé, (Université de Bourgogne L.P.C.S)

Stress professionnel chez les permanenciers de SAMU

Contact : marie-claude.frenisy@chu-dijon.fr

Stress professionnel chez les permanenciers de SAMU Marie-Claude Frénisy*, Khadija Chahraoui**, Marc Freysz*, Jean-Claude Foissac*, Gilles Capellier***, Hervé Bénony** Résumé Objectif : Les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale de SAMU (PARM) sont les assistants privilégiés du médecin régulateur, ils collaborent à la réponse et au suivi des affaires traitées. Ils participent à l'évaluation de la gravité de l'urgence de l'appel et au déclenchement des secours adaptés à la situation. Cette profession qui exige une prise de décision rapide auprès de personnes en grande détresse peut être source d'un stress professionnel. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intensité du stress professionnel dans cette population et de mettre évidence les difficultés psychologiques associées à ce stress. Notre objectif est également de montrer que les réponses au stress professionnel dépendent étroitement des stratégies d'ajustement psychologique mises en place par les sujets. Méthodologie : Il s'agit d'une étude exploratoire auprès de 35 sujets, travaillant aux SAMU 21 et 25. Les sujets sont inclus après avoir accepté de participer à cette recherche. L'évaluation comporte : - Un entretien semi-directif (visant à recueillir les données socio-démographiques et le vécu professionnel des sujets) ; - le questionnaire de Burn-Out ou MBI (Maslach Burnout Inventory, Maslach & Jackson, 1986) évalue la souffrance psychologique au travail selon trois dimensions : troubles émotionnels, accomplissement de soi, dépersonnalisation (en fréquence et en intensité) ; - l'Inventaire de Stress Professionnel (Spielberger, 1991) évalue les facteurs de stress au travail en termes de fréquence et d'intensité - le Questionnaire de Santé (GHQ 12) évalue les troubles psychologiques ressentis au cours des semaines passées ; - le Questionnaire de coping (Paulhan & al., 1994) met en évidence les stratégies d'ajustement à l'adversité ou au stress selon différentes dimensions (cognitives, émotionnelles ou comportementales). L'analyse statistique des données est descriptive et corrélationnelle. Résultats : Les résultats sont en cours d'analyse.

Laurence Perbet (Université de Metz)

Quand la violence s'immisce dans la relation soignant-soigné

Contact : fousse@univ-metz.fr

Cette intervention se base sur une réflexion théorique de la psychologie de la santé concernant les relations soignant-soigné, ainsi que sur une expérience professionnelle de Psychologue du Personnel en hôpital

psychiatrique. L'objectif de cette communication est de lancer des pistes de réflexions sur le problème de la violence dans les relations soignant-soigné. En effet, en hôpital psychiatrique, les soignants sont régulièrement confrontés de façon plus ou moins importante à de la violence verbale et physique. Dans la majorité des cas, cette violence est directement imputable à la pathologie psychiatrique. On peut alors se demander comment le soignant va vivre son agression, comment il peut la gérer et quelles sont les conséquences qu'elle peut avoir sur sa santé. Il faut prendre alors en considération que la victime doit continuer à travailler chaque jour avec le patient qui l'a agressée. On verra que le rôle du soignant a ici une grande importance. On parlera également de types de défenses mises en place par les soignants. En conclusion, on parlera des perspectives pour le futur, de l'importance d'étudier ces mécanismes pour améliorer le vécu de la relation soignant-soigné.

Maria Helena Guerra Gomes-Pereira (Université Paris VII - Denis Diderot), Siksou Maryse (Université Lumière Lyon 2)

L'épuisement des professionnels(les) qui travaillent avec les porteurs du VIH

Contact : lenaggp@hotmail.com

La littérature scientifique relève différents facteurs dans la tentative d'appréhender l'épuisement des personnels de santé qui travaillent avec des porteurs de VIH, notamment: les transformations dans le milieu hospitalier actuel ; les bouleversements des caractéristiques de l'épidémie ; la représentation sociale du patient ; la dévalorisation du statut des professions de soignants ; la peur d'affronter leurs propres limites ; la nécessité d'un sentiment de tout-puissance ; le choix professionnel lié à la répétition des rôles dans leurs familles d'origine et, l'épuisement comme métaphore du processus de subjectivation. Au cours de cette étude, l'épuisement sera retenu comme une demande d'aide, socialement admise, exprimée par les soignants. Ainsi, au moyen d'une approche épistémologique constructive, il sera proposé une méthodologie qualitative offrant la possibilité de réfléchir au thème de l'épuisement professionnel avec une équipe de soignants accompagnant des porteurs du VIH en milieu hospitalier, pour faciliter une « ontologie discursive » par rapport à leur vie et à leur profession.

Janine Innocente (Université Bordeaux 2) Nicole Rascle (Université Bordeaux 2)

L'épuisement professionnel chez les chirurgiens dentistes : stress, soutien social et symptomatologie anxio-dépressive

Contact : janineinocente@hotmail.com

Soins palliatifs

Anne Laure Saint-Antoine (**Université de Metz**), Moulin Pierre (**Université de Metz**), Pino Pierre (**Université de Metz**)

Approche psychosociale d'une aide technique aux malades en fin de vie : le cas de la sclérose latérale amyotrophique

Contact : laure.stantoine@wanadoo.fr

La fin de vie des malades touchés par la sclérose latérale amyotrophique (SLA) est marquée par des incapacités motrices qui se doublent d'une déficience interactionnelle quand la parole, à son tour, est touchée. Cette maladie neurodégénérative idiopathique affecte actuellement quelques 8500 personnes en France, principalement des adultes entre 40 et 60 ans. Nous avons procédé, courant 2004, à 9 entretiens semi-directifs auprès de malades de la SLA, leurs proches ainsi que les professionnels de santé les prenant en charge, en comparant des utilisateurs d'une téléthèse interactionnelle nommée EDITH (Environnement Digital de Téléaction pour Handicapés) à des non-utilisateurs. Cette aide technique permet notamment d'appeler le personnel soignant, de lire et écrire des textes et de communiquer verbalement (phrases préenregistrées). L'analyse de contenu thématique des entretiens a permis de mettre en évidence les trajectoires thérapeutiques des malades et de leur entourage immédiat qui, bien que singulières, sont marquées par un vécu commun évoquant à la fois les deuils symboliques successifs (perte d'autonomie progressive), le bouleversement de la vie quotidienne, mais aussi l'impuissance et l'urgence à vivre face à la dégradation rapide et inexorable de la personne atteinte de SLA. L'utilisation d'EDITH offre l'opportunité au malade de sortir du silence et de l'isolement, de se dire dans le présent, en exprimant au quotidien ses sentiments, ses questionnements ; se dire aussi dans le futur, après la mort, et faire de son écrit un enseignement, un témoignage. Le malade peut ainsi rester acteur de sa vie et de sa maladie, en se repositionnant dans les relations familiales et sociales en général, en continuant à pouvoir faire des choix, à exprimer ses désirs, ses besoins voire même une dernière volonté. Du côté de l'entourage (proches et soignants), cette téléthèse permet de conserver une relation humaine, de prodiguer des soins précis et individualisés malgré l'absence de parole et cela, avec un matériel pratique et facile d'utilisation. Les avantages que présente EDITH l'ont rapidement rendu indispensable au quotidien, à tous ses utilisateurs, en faisant de la fin de vie un moment d'accompagnement mutuel et d'expériences partagées.

Jacrot Michèle (**Psycole . Université de Provence**), Conti-Zolin christine (**E.S.P. Aix**), Dubois Sylvie (**E.S.P. Aix**), Rouan Georges (**Psycole Université de Provence**), Ravallec Frédéric (**E.S.P. Aix**), Pedinielli Jean-Louis. (**Psycole Université de Provence**)

Soins Palliatifs et retours au domicile : un challenge ?

Contact : b.jacrot@wanadoo.fr

Désormais médicalisée et hospitalière (à 70-75%), la mort apparaît comme une maladie incurable qu'il convient de maîtriser le plus longtemps possible grâce aux avancées des techniques de santé. Les équipes fixes de Soins Palliatifs (ESP), qui accueillent des patients en fin de vie, sont confrontées à des pathologies complexes, souvent douloureuses, nécessitant la mise en route d'accompagnements appropriés. Dans quelques cas (environ 15% des malades accueillis) cette prise en charge bio-psycho-sociale stabilise, voire améliore, l'état général du malade qui peut alors envisager, plus sereinement, différentes façons de "faire-face" au monde et à sa mort à venir. La réussite de ce dernier projet de vie nécessite de la part de toute l'équipe une dynamique forte. Ce sont les exigences liées à une telle entreprise que nous analysons ici. Cette première étude a duré un an (Octobre 2003- Octobre 2004). Elle comprend 19 patients (16 femmes et 3 hommes d'âge moyen 84 ans). La durée moyenne de séjour (DMS) dans l'unité a été de 34 jours. Les sorties se sont échelonnées de 4 jours à 8mois. Nos résultats soulignent la nécessité de tenir compte dans ces projets de vie : - non seulement de la fragilité physique du malade mais aussi de la force de son discours. - De la présence d'un aidant principal (en général une fille) qui comprend l'enjeu et accepte la prise de risque. - De savoir susciter et faire confiance à un réseau de professionnels aguerris (HAD ou libéraux..) qui pourront faire retourner le patient à l'ESP. Aujourd'hui la définition de la mort est cérébrale et ses critères sont très élaborés. Mais la frontière entre le vivant et le mort peut s'estomper laissant un "espace-tampon" se constituer. Ceci représente un réel problème social et politique car souvent " mourir prend du temps". Cet allongement de la période terminale de vie demande aux équipes impliquées d'aider leurs patients à occuper ce "temps suspendu". Elles doivent (c'est une de leurs missions essentielles) s'investir dans des stratégies d'ajustement complexes pour obtenir un accompagnement bio-psycho-social de bonne qualité.

Stress

Dalbin Emilie (**Université Toulouse le Mirail**)

Impact du type de traitement médical chez les personnes dialysées, sur l'état de stress et les stratégies de coping

Contact : emilie.dalbin@tiscali.fr

Nous souhaitons analyser, ici, l'impact du traitement (hémodialyse et auto-dialyse) chez des personnes atteintes d'insuffisance rénale. Selon Beneteau, la dialyse représente pour l'individu l'entrée dans un monde nouveau, pénible, frustrant, caractérisé par une série de stress psychiques et physiques, ainsi que par une ambiance de menace permanente pour son existence. Ces deux traitements n'ont pas les mêmes répercussions sur le patient, l'un permettant d'avoir une liberté d'action, l'autre le prenant en charge totalement. La personne souffrant d'insuffisance rénale doit faire face alors en mettant en place des stratégies de coping. Nous supposons donc que les personnes en hémodialyse sont plus stressées que celles en auto-dialyse et n'utilisent pas les mêmes stratégies de coping pour faire face à la maladie, en raison de la signification et des implications de ces deux traitements. Nous avons réalisé une étude quantitative, à l'aide de deux questionnaires (l'Echelle Toulousaine de Stress ; l'Echelle Toulousaine de Coping), dans lesquels les patients avaient à répondre en fonction d'une situation difficile liée à la maladie et par ailleurs en fonction d'une situation quotidienne. 43 sujets âgés de 45 à 70 ans ont répondu, dont 22 étaient en hémodialyse et 21 en unité de soin (auto dialyse). Les résultats obtenus mettent en avant, tout d'abord que, selon le traitement, la situation stressante choisie est très différente. Par ailleurs, les personnes en hémodialyse sont plus stressées que celles en auto-dialyse (aussi bien vis-à-vis de la maladie que d'une situation quotidienne). Les stratégies de faire face sont également différentes selon le traitement (les personnes en auto-dialyse utilisent davantage la stratégie de contrôle alors que les personnes en hémodialyse utilisent plus de stratégies de retrait, de refus et de soutien social pour faire face à la maladie ou à un évènement). Enfin ce sont bien les personnes les plus stressées qui emploient le plus de stratégies de coping. Nos résultats montrent, sur peu de personnes, que le traitement a des implications différentes, que nous devons approfondir dans d'autres recherches.

Boujut Emilie (**Université Bordeaux 2**), Bruchon-Schweitzer Marilou (**Université Bordeaux 2**)

La satisfaction chez les étudiants de 1ère année de faculté. Liens de la satisfaction avec le névrosisme et le stress perçu. Différences de satisfaction selon les filières, le genre et le type de logement.

Contact : emilieboujut@hotmail.com

Comme on sait, l'université dépayse totalement les nouveaux étudiants par les nombreux changements de vie qu'elle implique (études, vie privée, coupure avec la vie antérieure). Les recherches françaises de Lahire (1997), Coulon (1997) et Grignon (2000) ont montré que l'évaluation de cette nouvelle vie en termes de satisfaction/insatisfaction varie beaucoup selon les étudiants. Les étudiants les moins satisfaits sur tous les aspects de leur vie et de leur établissement (aspects matériels, pédagogiques, relationnels ou informationnels) seraient les étudiants de Lettres et Sciences Humaines, suivis par les étudiants de Droit et de Sciences économiques. Afin de mieux connaître la relative satisfaction/insatisfaction des étudiants et ses facteurs de variation, nous avons évalué sur des échelles de Likert de 1 à 3 (1 : pas du tout, 2 : entre les deux, 3 : tout à fait satisfait) la satisfaction vis-à-vis de différents aspects de la vie étudiante (logement, finances, université, relations avec les enseignants, relations avec les pairs) chez 460 étudiants entrant en première année dans quatre facultés bordelaises (à la rentrée 2002). Nous avons aussi évalué leur « stress perçu » grâce à l'échelle de tracas quotidiens pour les étudiants de Réveillère et al. (2001), que nous avons validée sur notre échantillon. Une ACP, suivie de rotations varimax a permis d'identifier 5 dimensions du stress étudiant : idées dépressives, préoccupations sociales, craintes personnelles, pression quotidienne, craintes au sujet de l'avenir professionnel (Boujut et al. 2005). Les mêmes étudiants ont répondu à l'échelle N du NEO PI-R de Costa et Mc Crae (1992), ce qui a permis d'évaluer leur score sur les six facettes du Névrosisme (anxiété, dépression, colère-hostilité, timidité sociale, impulsivité, vulnérabilité, ainsi que leur score total N. Le névrosisme serait l'un des principaux facteurs de vulnérabilité chez les étudiants. Nous rapporterons ici trois types de résultats : 1) différences de satisfaction selon la filière (sciences, lettres, sciences humaines, médecine/pharmacie, économie/droit) et selon le logement (seuls, en colocation, en couple, chez les parents) ; 2) corrélations entre satisfaction et stress perçu ; 3) corrélations entre satisfaction et névrosisme. 1. Satisfaction, genre, filière et logement : 1.a. Les étudiantes sont moins satisfaites de leurs finances que leurs collègues masculins. 1. b. Les plus satisfaits de leur université sont les étudiants en médecine/pharmacie, puis ceux de sciences humaines. Les plus satisfaits des relations avec les pairs sont les étudiants de sciences et sciences humaines (qui sont globalement les plus satisfaits). Les étudiants en lettres sont les plus insatisfaits à tous les niveaux. 1.c. Satisfaction et logement : les étudiants vivant chez leurs parents sont les plus satisfaits (logement, finances). Les plus insatisfaits financièrement sont ceux qui vivent en couple. 2. Corrélations entre satisfaction et stress perçu. Des corrélations négatives significatives sont observées entre la satisfaction vis-à-vis des finances et 4 des 5 dimensions du stress perçu (toutes, sauf les « craintes personnelles »).. La satisfaction vis-à-vis des relations avec les autres étudiants est associée négativement aux craintes face à l'avenir professionnel et à la pression quotidienne. 3. Corrélations entre satisfaction et Névrosisme. Nous observons des corrélations négatives entre 4 sous-dimensions du névrosisme (anxiété, colère-hostilité, dépression et vulnérabilité) et la satisfaction vis-à-vis des relations avec les pairs. L'impulsivité est associée négativement avec la satisfaction vis-à-vis des enseignants et avec la satisfaction vis-à-vis de ses finances. La dépression est corrélée négativement avec la satisfaction vis-à-vis du logement. Aucune relation significative n'apparaît entre timidité sociale et satisfaction. Conclusion : En résumé, on peut retenir que les étudiants globalement les plus insatisfaits sont les étudiants en lettres, les plus satisfaits (finances, logement), ceux vivant chez leurs parents. Une certaine insatisfaction des étudiants (relation aux pairs, finances) croît en fonction de certains scores de stress alors que d'autres insatisfactions (relation aux enseignants, logement, finances) sont amplifiées par certaines dimensions « vulnérables » de la personnalité.

Baldissonne Carole (**Université Toulouse le Mirail**)

Influence de la nature de la maladie sur le vécu du diabète et de l'insuffisance rénale

Contact : sordes@univ-tlse2.fr

La perte de l'état de santé et l'expérience de la maladie prennent sens dans la vie quotidienne d'un sujet singulier et s'articulent autour d'une quête de signification. Ainsi, ce qui détermine les conduites d'un individu ce n'est pas tant l'événement auquel il est confronté, mais ce que cet événement représente pour lui. Face à l'insuffisance rénale et au diabète, maladies graves et chroniques, les sujets ont besoin de les interpréter et de leur donner du sens. Ils vont s'en construire une représentation à partir de leurs expériences passées, de leur histoire personnelle et de l'histoire de la maladie. L'objet de notre recherche sera donc d'analyser l'influence de la nature de la maladie sur le stress, l'estime de soi, les stratégies de faire face et les projets d'avenir. La population comprend 22 sujets diabétiques et 26 sujets dialysés. Ils sont âgés de 19 à 81 ans. L'influence de l'état de santé est évaluée au travers d'échelles sur la représentation de la maladie, le stress, l'estime de soi, les stratégies de coping ainsi qu'au travers d'un questionnaire sur les projets. Les résultats ont mis en évidence l'influence de l'état de santé sur la représentation : les sujets dialysés ont une représentation de la maladie plus destructrice que les diabétiques. Nous notons également que les sujets

dialysés étaient davantage stressés que les sujets diabétiques. Par ailleurs, nous relevons que les sujets dialysés sont plus soucieux de leur apparence physique et du regard d'autrui que les diabétiques. Au niveau des stratégies de coping, nous ne notons aucune influence de l'état de santé sur leur utilisation. Enfin, l'impact de la maladie sur les projets est plus important chez les sujets dialysés. Ces résultats nous amènent à conclure que la nature de la maladie a une influence sur le vécu de l'insuffisance rénale et du diabète.

Bouffil Laetitia (Université de Toulouse le Mirail), Sordes ader florence (Université de Toulouse le Mirail)
Les fratries adultes de personnes handicapées mentales face à la question de la prise en charge future de leur frère/sœur.

Contact : bouffil_laetitia@yahoo.fr

Suite au vieillissement ou au décès de leurs parents, les fratries de personnes handicapées mentales sont parfois amenées à se poser la question de la prise en charge future de leur frère/ sœur. Comment expliquer qu'elles réagissent de manières différentes face à cette éventuelle responsabilité ? Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la perception de contrôle des sujets sur la décision de prise en charge, influence la nature et l'évaluation des projets qu'ils formulent pour leur avenir et celui de leur fratrie déficiente, leur degré de certitude sur la réalisation de ces projets, leur niveau de stress et le type de stratégies qu'ils utilisent pour faire face. La population de cette étude est composée de 56 fratries adultes de personnes handicapées mentales. Plusieurs outils ont été utilisés : (1) Une échelle mesurant la perception de contrôle des sujets sur leur avenir, vis-à-vis de leur fratrie déficiente ; (2) Un questionnaire sur le thème des projets, permettant de savoir si les sujets envisagent la prise en charge future de leur frère/sœur; (3) L'Echelle Toulousaine de Stress, mesurant le niveau de stress que suscite chez les fratries l'éventualité de cette responsabilité ; (4) Une échelle évaluant l'utilisation des sujets des stratégies de coping ; (5) Deux entretiens semi-directifs. Les résultats indiquent que le niveau de stress des sujets face à la question de la prise en charge future de leur fratrie déficiente, leur degré de certitude sur sa réalisation, ainsi que leur manière d'y faire face sont influencés par leur perception de contrôle sur le choix de cette éventuelle responsabilité. Une perception de contrôle interne sur la décision entraîne une évaluation positive de la prise en charge, un degré de certitude fort, un faible niveau de stress et l'utilisation de stratégies actives centrées sur le problème. Les nombreux résultats seront discutés ici. L'exactitude de ces résultats peut toutefois être remise en question compte tenu de la taille de la population de notre étude et du problème de validité interne présenté pour certaines échelles.

Clément Emily (Université Toulouse le Mirail), François Gaëlle (Université Toulouse le Mirail), Rogé Bernadette (Université Toulouse le Mirail)

Evaluation d'un programme de gestion du stress chez une personne atteinte du syndrome d'Asperger

Contact : emyclmt@aol.com

L'objectif de notre recherche était d'observer les effets d'un programme de gestion du stress adapté aux autistes de haut niveau et aux personnes atteintes du syndrome d'Asperger, élaboré par Madame le professeur Bernadette ROGE. Peu d'études ont porté sur le thème du stress dans le handicap mental. Pourtant, les personnes atteintes de ce type de pathologie ont un niveau de tolérance au stress très faible et de nombreuses occasions d'y être confrontées en raison de leur difficulté à comprendre l'environnement social et à s'y ajuster. Notre hypothèse était que l'apprentissage d'un programme structuré de gestion du stress permettrait de diminuer le niveau de tension face aux situations stressantes pour ces personnes. Nous avons utilisé la méthodologie du protocole à cas unique auprès d'un garçon de 11 ans atteint du syndrome d'Asperger. Nous avons utilisé les outils proposés dans ce programme : entretiens, fiches descriptives des situations de stress, thermomètre du stress, hiérarchie du stress, questionnaire de perception cognitive. Nous nous sommes également appuyées sur diverses échelles d'anxiété, des techniques de gestion du stress telles que la relaxation et l'immersion progressive. Nos résultats mettent en évidence une diminution générale du niveau de stress, une diminution de la fréquence d'apparition des crises, on note une diminution des niveaux « faible » et « moyen » mais aucun résultat sur les crises de niveau « élevé ». Aucune différence n'est visible concernant la durée des crises. On remarque un effet positif de la méthode de l'immersion progressive. Enfin, les deux passations des échelles ne soulignent aucune différence. Nous notons des effets positifs de la prise en charge. L'absence de résultats de certains paramètres est en lien avec la durée de l'intervention qui semble trop courte. Les résultats vont dans le sens d'une amélioration de la gestion du stress pour cette population. Il serait donc intéressant de poursuivre cette étude sur une période plus longue afin d'en évaluer les effets à long terme.

Antoine Pascal (Université Charles de Gaulle – Lille3 – UPRES TEC), Congard Anne (Université Aix-Marseille I - Centre de Recherche PsyCLÉ)

Apport des régressions factorielles dans l'analyse des effets d'interaction d'ordre supérieur entre plusieurs groupes de prédicteurs de la détresse psychologique

Contact : pascal.antoine@univ-lille3.fr

Quand deux variables constituent un modèle de régression pertinent des variations d'une troisième variable, la question de l'interaction entre ces deux variables comme prédicteur supplémentaire peut se poser. Cette question rejoint alors la distinction fondamentale entre modérateur et médiateur et touche donc au statut des variables. Le plus souvent, les chercheurs ont recours aux analyses de régressions multiples ou aux modèles d'équations structurales pour tester ce type d'hypothèses. Les régressions impliquent des limites : restriction à des variables manifestes et restriction à des interactions entre deux variables. Les modèles d'équations structurales sont censés permettre de s'affranchir de telles limites et autorisent l'inclusion simultanée de plusieurs critères. Néanmoins, l'entrée d'interactions conduit à des analyses complexes. Il existe une demi-douzaine de méthodes pour introduire de tels effets dans les modèles structuraux (cf. Li, Harmer, Duncan, et al., 1998; Ping, 1996) mais aucun ne semble faire consensus. Nous proposons une alternative à ces difficultés : (1) l'utilisation de modèles de régression factorielle dans le modèle linéaire généralisé et (2) une représentation graphique originale facilitant l'interprétation des résultats lorsque trois groupes de prédicteurs sont à mettre en concurrence. Cette méthode est intéressante lorsque le nombre de prédicteurs est important. La comparaison systématique entre les analyses de régression multiple et les analyses de régression factorielle permet d'examiner l'apport des interactions dans la prédiction d'un critère qui reste toutefois unique. Enfin les régressions factorielles permettent de mettre en concurrence des interactions de différents ordres selon le nombre de prédicteurs. Nous illustrons cette approche sur un modèle relatif au stress. L'échantillon est constitué de 182 militaires participant à des missions à l'étranger. Nous comparons les poids de différents groupes de prédicteurs : des variables dispositionnelles, des stressseurs professionnels courants et des stressseurs exceptionnels liés aux opérations. Le critère utilisé est la détresse psychologique. Nous mettons en évidence le poids important de la personnalité et des stressseurs quotidiens par rapport aux stressseurs exceptionnels, de même que l'amélioration des modèles de régression lorsque les interactions personnalité*stressseurs sont intégrées. Nous discutons les avantages de cette méthode ainsi que ses limites en termes statistiques et interprétatifs.

Battaglia Nicole (Université Charles de Gaulle - Lille III et LPA « Stress et Société » de l'université de Reims.)

Syndrome d'addiction à la pratique sportive, stress et facteurs psychologiques de vulnérabilité chez des sportifs de meilleurs niveaux.

Contact : nicole.battaglia@wanadoo.fr

L'activité sportive intensive ne peut être considérée, dans cette étude, comme remède à tous les maux (stress individuel et/ou sociétal) ou correctrice de conduites peu valorisées socialement (toxicomanie aux produits licites ou illicites). La littérature la plus récente nous enjoint de considérer les risques du surentraînement, ainsi que les conséquences du sevrage des activités sportives prolongées et intensives. En effet, la pratique sportive risque d'entraîner, lorsque l'activité est mal conduite ou pratiquée à l'excès (en termes d'intensité, de recherche d'expertise, de dépendance et tolérance physiques et sociales), des troubles de l'adaptation. Les perturbations de l'équilibre « bio-psychologique » du pratiquant peuvent d'ailleurs être accélérées ou potentialisées par des contraintes individuelles et/ou environnementales (« stress »). Face à ces exigences diverses, variées et multiples, l'individu utilise des stratégies de réponse (« coping ») dont l'issue adaptative est variable (adaptation vs. pathologie). En effet, si l'issue d'un épisode de stress est parfois heureuse du fait d'une pratique sportive raisonnée, donc raisonnable, parfois la personne s'engage dans une pratique compulsive de type toxicomaniaque et sombre doucement dans l'addiction, l'addiction à un objet socialement valorisé : la pratique sportive. Sur la base de plusieurs échelles évaluant cette nouvelle addiction (Hailey et Bailey, 1983 ; Chapman et Castro, 1990 ; Smith, 1998) et de la prise en considération des critères posés par Ariel Goodman (1990), cette étude a eu pour objectif : 1) de construire un outil général d'addiction à la pratique sportive au sein d'une population de sportifs de meilleurs niveaux (marathoniens, étudiants Staps). 2°) de mettre en évidence les liens (tant qualitatifs que quantitatifs) entre syndrome d'addiction, composants de l'épisode de stress (anxiété, évaluation du stress, faire-face, soutien social...) et corrélats psychologiques (dimensions personnologiques, contenu des représentations associées à la pratique) donc, d'envisager la dynamique processuelle de l'addiction. Au-delà de cette approche intégrative de l'addiction, émane de nos résultats, un ensemble d'outils d'évaluation psychologique. Cela permettra de pouvoir discriminer, sur la base d'un suivi longitudinal au sein d'une population sportive, les personnes qui présentent ou risquent de développer un syndrome d'addiction à la pratique de façon à en prévenir les effets délétères sur la santé.

Estime de soi, coping et adaptation à la maladie

Anna Brytek (**Université de Metz et Université de Katowice, Pologne**), Elisabeth Spitz (**Université de Metz**), Magali Vaillant (**Université de Metz**)

Stratégies de coping et estime de soi chez les personnes obèses

Contact : brytek@sha.univ-metz.fr

Introduction : Depuis plusieurs années, on relève une augmentation importante de la prévalence de l'obésité. On peut la considérer comme une pathologie nutritionnelle car elle risque de mettre en danger l'équilibre du bien-être somatique, psychologique et social de l'individu. Dans cette recherche nous abordons la problématique du concept de soi et du coping des patientes obèses dans deux pays distincts: la Pologne et la France. Méthodologie: Notre recherche a été effectuée, d'une part, au Laboratoire de Pathophysiologie de l'Académie Médicale de Katowice (Pologne), et d'autre part, elle était réalisée dans un Centre médico-diététique « l'Alumnat » de Scy-Chazelles (France). La population totale représente 121 femmes. L'échantillon regroupe 61 femmes obèses (30 Polonaises et 31 Françaises) et 60 femmes saines (30 Polonaises et 30 Françaises). Dans notre recherche, nous avons utilisé le Self-Esteem Inventory de Coopersmith (1984) et le Brief COPE de Carver (1989). Résultats: L'estime de soi chez les obèses polonaises et françaises est plus faible que chez les sujets de poids normal, dans trois domaines pour les polonaises: l'estime de soi générale ($M=12,65$, écart-type: $\pm 4,55$), sociale ($M=4,79$; écart-type: $\pm 1,65$) et familiale ($M=4,3$; écart-type: $\pm 2,47$) et dans tous les domaines pour les françaises: l'estime de soi générale ($M=17,39$; écart-type: $\pm 4,20$), professionnelle ($M=6,16$; écart-type: $\pm 1,48$), familiale ($M=5,10$; écart-type: $\pm 2,00$) et sociale ($M=6,00$; écart-type: $\pm 1,52$). De plus, dans toutes les sous-échelles de la S.E.I les Polonaises en surpoids obtiennent de scores plus faibles que les Françaises en surpoids. Par contre, nous n'observons aucune différence significative des moyennes à l'échelle de désirabilité sociale de la S.E.I entre les obèses polonaises et françaises. Les obèses polonaises utilisent significativement plus le coping actif, le blâme, le déni, le désengagement comportemental et la réinterprétation positive que les obèses françaises. Discussion: Les personnes souffrant d'obésité présentent une faible estime de soi et moins de stratégies de coping fonctionnelles. La consommation excessive de nourriture peut être ainsi considérée comme une stratégie peu fonctionnelle face au stress.

Girault-Lidvan Noëlle (**Université de Paris Descartes**), Berjot Sophie (**Université de Reims**)
Evaluation cognitive "trait" et adaptation psychologique
Contact : noelle.lidvan@univ-paris5.fr

Depuis l'apparition des théories transactionnalistes du stress, la question de savoir dans quelle mesure l'évaluation primaire est liée au style cognitif de l'individu est souvent passée à l'arrière-plan des préoccupations des chercheurs. Pourtant l'intérêt de ces derniers n'a cessé de croître en ce qui concerne la détermination des caractéristiques de personnalité susceptibles de constituer des traits pathogènes ou salutogènes (pour une synthèse, voir in Bruchon-Schweitzer, 2002). Nous avons mené récemment une recherche dont le cadre théorique est le concept de soi en relation avec la motivation à se percevoir positivement (réhaussement de soi, Sedikides & Gregg, 2004), qui joue un rôle est important pour la protection du soi face à des situations potentiellement menaçantes (Sedikides & Strubbe, 1997). Nous avons ainsi montré (Berjot, Sedikides, Lidvan, 2004) qu'un bon réhaussement de soi est associé à une évaluation primaire des situations en termes de défi plutôt que de menace. Notre dernière recherche porte sur les relations entre l'estime de soi (Rosenberg, 1969), le réhaussement de soi (Taylor & al, 2003), l'adaptation psychologique et le faire face (Taylor, Lerner, Sherman, Sage & MacDowell, 2003) et l'évaluation cognitive des situations (Skinner & Brewer, 2002), sur une population d'étudiants avant et après les examens de fin de semestre. Les premiers résultats obtenus permettent de reposer le problème de l'évaluation primaire préférentielle des individus en termes de Trait, et de proposer : 1. une validation française de l'Echelle d'Evaluation Cognitive de Skinner et Brewer (2002) ; 2. la vérification de son adéquation aux modèles transactionnalistes du stress.

Bernardes Sónia (**Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa**), Lima Luisa (**Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa**)
Stratégies d'ajustement à la douleur chronique: Expectatives de rôle sexuel parmi la population générale et les professionnels de la santé.
Contact : sonia.bernardes@iscte.pt

Il y a des évidences qui montrent que les expectatives sur les différences de sexe vis à vis la tolérance a la douleur prédisent la capacité des personnes pour la tolérer (Wise et al., 2002). Néanmoins, jusqu'ici il n'y a pas des études sur les expectatives de rôle sexuel en concernant des stratégies d'ajustement à la douleur chronique. Par conséquent, cette étude a eu comme objectif l'analyse de ces expectatives parmi la population générale et les professionnels de la santé, notamment les infirmiers/ères. À l'étude ont participé 180 personnes communes et 172 infirmiers/ères. Un scénario a été présenté décrivant l'expérience de douleur d'un malade avec lombalgie chronique. Suivait la présentation d'une liste de stratégies qui les personnes peuvent utiliser pour s'ajuster à la douleur chronique. Les participants devaient évaluer la fréquence avec la-quelle le personnage présenté dans le scénario utilisait chacune des stratégies, et en conséquence, sa capacité pour contrôler sa douleur. C'était un design quasi-expérimental, 2 (sexe du/de la participant/e) x 2 (groupe d'appartenance: personne commune vs. infirmier/ère) x 3 (sexe du personnage: femme vs. homme vs. personne). On attendait les suivants résultats: 1) Les stratégies plus instrumentales et actives seraient attribuées à l'homme et à la personne, autant que les stratégies d'expression émotionnelles et de soutien social seraient attribuées à la femme; 2) L'homme aurait plus control sur la douleur que la femme; 3) Il n'y aurait pas des différences entre le sexe des participants/es, nonobstant que les hommes peuvent présenter les expectatives plus différencies et polarisés; 4) Il n'y aurait pas des différences entre les expectatives des gens commun e des infirmier/ères. On réfléchit sur les résultats vis á vis à ces hypothèses, et sur ces implications pour la relation établie entre le/a professionnel/le de la santé et le malade avec douleur chronique.

Rousseau Amélie (**Université de Toulouse II Le Mirail**)
Stigmatisation et coping dans l'obésité
Contact : amelie-rousseau@wanadoo.fr

Actuellement, en France, la prévalence de l'obésité est de 7 à 10% dans la population. L'Organisation Mondiale de la Santé considère l'obésité comme une préoccupation prioritaire en matière de pathologie nutritionnelle. L'obésité représente à la fois un problème de santé publique et un domaine médical en pleine évolution. Cette dernière est considérée, dans nos sociétés occidentales, comme un stigmate ne répondant pas à l'idéal de minceur omniprésent. Parce qu'aujourd'hui minceur signifie maîtrise de soi, réussite, beauté, il s'en suit pour la personne obèse toute une série d'attributs disqualifiants et dévalorisants. De part son poids, la personne obèse vit en dehors des normes sociétales et les différentes expériences de stigmatisation sont là pour lui rappeler constamment qu'elle ne correspond pas à l'idéal de minceur et ce, dès leur plus jeune âge. Cette stigmatisation est vécue comme traumatisante et laisse place à de profonds

sentiments d'incapacité, de culpabilité, de rejet et de repli sur soi. L'obésité est un handicap social qui entraîne discrimination et exclusion dans toutes les activités de la vie quotidienne. Comme l'ont démontré de nombreux travaux, il existe une stigmatisation « objective » de l'obésité. Nous nous sommes intéressés, dans le cadre de notre recherche, à la stigmatisation « perçue » c'est-à-dire avec quelle intensité est réellement perçue la stigmatisation chez les personnes obèses. Ensuite, nous avons souhaité nous intéresser à la manière dont les personnes obèses font face, en terme de coping, à ces différentes situations de stigmatisation. Les stratégies de coping utilisées face à la stigmatisation nous paraissent importantes dans la mesure où certaines d'entre elles peuvent très certainement augmenter ou atténuer la détresse psychologique et ainsi affecter l'adaptation et le fonctionnement psychologique global des personnes obèses. Au regard des résultats de notre recherche, la prise en considération du phénomène de stigmatisation et des répercussions nous paraît indispensable dans la prise en charge « globale » de l'obésité. Il serait bien utopiste de vouloir changer, dans nos sociétés, le stigmate que représente la grosseur, par contre la manière dont est perçue la stigmatisation et la manière d'y faire face peuvent sans doute faire l'objet d'un changement par une prise en charge psychologique adéquate.

Robert Geoffrey (Université Toulouse 2 le Mirail), Munoz Sastre Maria Térésa (Université Toulouse 2 le Mirail), Mullet Etienne (Ecole Pratique des Hautes Etudes)

Pardon de soi, Estime de soi, Bien-Etre Subjectif

Contact : geoffreyrobert@wanadoo.fr

La présente étude avait pour objectif d'établir la structure factorielle du pardon de soi, puis de la comparer à celle du pardon à autrui, et enfin de tester les corrélations entre pardon de soi, estime de soi et bien-être subjectif principalement. Les 167 participant-e-s ont eu à remplir un questionnaire à échelles de réponses. Les résultats furent qu'une structure à trois facteurs a pu être établie, et que ces trois facteurs recoupent précisément trois facteurs du pardon à autrui : il s'agit des facteurs Obstacle, Circonstances Facilitantes, et Blocage. La présente étude représente une avancée dans la mesure où elle met en lumière deux facteurs nouveau concernant le pardon de soi : en effet, le questionnaire de pardon de soi de MAUGER, l'unique auteur ayant exploré le pardon de soi d'un point de vue empirique, ne corrèle qu'avec un des facteurs de la présente étude, le facteur Blocage. Ce dernier facteur révèle une impossibilité à se pardonner à soi-même – et ce en dépit de circonstances apparemment favorables, comme d'avoir pu réparer l'erreur commise par exemple, ou encore d'être encouragé à se pardonner par des proches. Il corrèle avec l'estime de soi à hauteur de -.54, ce qui est largement significatif. Cela signifie qu'une personne ayant un blocage au niveau de la capacité à se pardonner à elle-même est une personne qui dispose d'une mauvaise estime d'elle-même ; et qu'une personne jouissant d'une bonne estime d'elle-même est une personne capable de se pardonner à elle-même. La présente étude ne permet pas de préciser le sens du rapport causal en jeu. Par contre aucune corrélation d'importance majeure n'a été mise en lumière concernant la satisfaction de vie : elle corrèle à -.26 avec le facteur Blocage, et à .24 avec le facteur Obstacle. Cependant bien que peu importants, ces résultats confirment que le fait d'être bloqué quant au pardon de soi est corrélé à des variables indiquant un mal-être psychique : estime de soi basse, niveau de bien-être subjectif peu important. Nous pouvons ainsi constater la place significative que tient le pardon de soi vis-à-vis de la santé psychologique. MULLET, E., HOUDBINE, A., LAUMONIER, S., & GIRARD, M. (1998). "Forgivingness" : Factor structure in a sample of young, middle-aged, and elderly adults. *European Psychologist*, 3 : 289-297. MAUGER, P.A., FREEMAN, T., MCBRIDE, A.G., ESCANO PERRY, J., GROVE, D.C., & MCKINNEY, K.E. (1992). The Measurement of forgiveness : preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11 : 170-180.

Recchia Sophie (Université de Metz Paul Verlaine), Lemétayer Fabienne (Université de Metz Paul Verlaine)

Stratégies de coping maternelles et paternelles face à une naissance prématurée

Contact : recchia.sophie@wanadoo.fr

Dans une perspective de compréhension du vécu parental lors d'une naissance prématurée, cette étude vise un double objectif : 1/ rendre compte des différences entre le coping de la mère et du père au moment de la naissance de leur enfant ancien prématuré ; 2/ étudier l'effet des traits de personnalité sur le coping parental. L'échantillon de notre recherche est constitué de 20 parents d'enfants anciens prématurés, où la mère et le père ont conjointement répondu au Brief-COPE et au NEO-PI-R. Les résultats mettent en évidence qu'il existe des différences de coping en fonction du sexe des parents. En effet, les mères utilisent significativement plus le coping de l'expression des sentiments et du blâme que les pères. Elles expriment davantage soit leurs difficultés, soit leur sentiment de culpabilité liés à cette naissance prématurée, alors que les pères semblent éprouver plus de difficulté à parler de leur vécu. D'autre part, l'étude montre que les traits de personnalité influencent les stratégies d'ajustement des parents face à la prématurité. Cette étude montre la nécessité de proposer un accompagnement, et ceci autant pour la mère que pour le père.

Tap Pierre (**Université de Toulouse Le Mirail. CIFAP Instituto Piaget Almada et Viseu**), Costa Etã Sobal (**CIFAP, Instituto Piaget Viseu Portugal**), Alves Maria Neves (**Institut Piaget Macedo de Cavaleiros, chercheuse au Cifap**)

Adaptation et validation portugaises de l'échelle toulousaine de coping

Contact : prierretap@aol.com

L'objectif de la communication est de présenter et discuter l'adaptation et la validation portugaise de l'échelle toulousaine de coping (ETC). L'échelle ETC comprenant au départ 54 items a été proposée à 1000 jeunes adultes (18-28 ans)(d'autres validations sont en cours pour les adultes plus âgés9): Comme pour les validations française et italienne, l'ACP permet d'extraire 4 dimensions très cohérentes (après élimination de 3 items). Quelques résultats différentiels, selon l'âge et le sexe en particulier, seront présentés et discutés.

Pucheu, Sylvie (**Service de Psychologie et Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5**), Consoli, Silla M. (**Service de Psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Université Paris 5**), Monjot, A (**Service de Diabétologie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP**), Kono-Manga, J (**Service de Diabétologie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP**), Altman, JJ (**Service de Diabétologie. Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP**),

Représentations du diabète, attentes initiales et satisfaction finale des diabétiques admis en hôpital de semaine

Contact : pascal.van-vaeck@hop.egp.aphp.fr

Objectif : Préciser les représentations subjectives de la maladie chez des diabétiques et étudier leurs liens avec ce qu'ils attendent de leur hospitalisation et leur satisfaction à l'issue de celle-ci. Méthodes : 83 diabétiques (66% d'hommes) âgés de 54,0+/-14,0 ans, 23 % de type 1 et 77% de type 2 (dont 52% insulino-traités), ont rempli un questionnaire sur leurs attentes, ainsi qu'un questionnaire de représentations de la maladie (IPQ-R), avant une hospitalisation de semaine, et un autre sur leur satisfaction à l'issue de celle-ci. La sévérité de la maladie et le taux d'HbA1c (d'autant plus bas que le contrôle glycémique est meilleur) ont été pris en compte. Résultats : Les femmes diabétiques perçoivent leur maladie comme ayant plus de répercussions émotionnelles ($p<0,01$) ; les diabétiques plus âgés la perçoivent comme moins intelligible ($r=-0,23$; $p<0,05$; les diabétiques de type 1 et les diabétiques insulino-traités comme une affection inscrite dans la durée ($p<0,02$) et attribuable à des causes immunitaires ($p<0,03$). Une plus longue évolution est corrélée positivement à la perception de durée, d'évolution par poussées, à l'attribution à des facteurs immunitaires ou accidentels, et négativement à la représentation de curabilité. L'impression d'une mauvaise observance rapportée dans le dossier médical est associée à des taux plus élevés d'HbA1c ($p<0,001$), ainsi qu'à une représentation par les patients de leur maladie comme une source de conséquences plus importantes sur leur vie ; la sévérité du diabète est associée à une moins bonne intelligibilité du diabète et à l'incrimination de causes psychologiques à la maladie. Les diabétiques qui perçoivent leur diabète comme plus perturbateur déclarent avoir peu confiance en leur capacité à gérer leur diabète ($p<0,001$). Les diabétiques qui attribuent leur diabète à des facteurs psychologiques attendent de l'hospitalisation une amélioration de leur régime alimentaire ($p<0,004$). La satisfaction globale à l'issue de l'hospitalisation, plus élevée chez les diabétiques de type 2 ($p=0,002$), ne dépend pas des représentations du diabète. Conclusion : Ces résultats encouragent à prendre en considération les représentations subjectives du diabète et ses paradoxes dans les programmes éducatifs destinés aux diabétiques.

Untas Aurélie (**Université Victor Segalen Bordeaux 2**), Quintard Bruno (**Université Victor Segalen Bordeaux 2**)

Les déterminants psychosociaux de l'ajustement à une reconstruction mammaire différée

Contact : aurelie.untas@club-internet.fr

Introduction Suite à une mastectomie, la reconstruction mammaire fait partie intégrante du traitement du cancer du sein. Notre recherche est une étude transversale qui s'inscrit dans ce cadre. Le premier objectif de notre étude était de déterminer l'impact de différentes variables psychosociales (antécédentes et médiatrices) sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée. Le second objectif était de comparer les résultats des femmes vivant seules et de celles vivant en couple. Enfin, le dernier objectif était de savoir si la façon dont le couple gère habituellement des situations stressantes a un impact sur l'ajustement à la reconstruction mammaire. Méthode Notre échantillon était constitué de 43 patientes. Le coping dyadique a été évalué grâce au FDCT-N (Fragebogen zur Erfassung des Dyadischen Copings als generelle Tendenz-Neue Version) de BODENMANN. Cette échelle est en cours de validation en Suisse. Nous avons donc tenté de la valider sur un échantillon de 152 personnes. La qualité de vie a été mesurée par le WHOQOL-26. Pour

mesurer l'image du corps, nous avons utilisé le Questionnaire d'Image du Corps de BRUCHON-SCHWEITZER (1987). Pour la mesure de la satisfaction sexuelle, nous avons adapté l'échelle de BOUJUT (2002). Enfin, l'acceptation du sein reconstruit a été évaluée avec une échelle que nous avons construite à partir d'entretiens exploratoires. Résultats Nos résultats montrent que le délai à consulter, pour une demande de reconstruction mammaire, tend à être plus long chez les femmes vivant seules que chez celles vivant en couple. Ces dernières auraient par ailleurs une moins bonne qualité de vie psychologique. D'autre part, un long délai à consulter prédit une amélioration de la satisfaction sexuelle ($R^2 = 0,127$; $p < 0,05$). Enfin, l'utilisation d'un coping dyadique au sein du couple est associée à une bonne QDV sociale ($r = 0,66$; $p < 0,001$), à une bonne QDV globale ($r = 0,494$; $p < 0,01$), ainsi qu'à une satisfaction corporelle élevée ($r = 0,543$; $p < 0,01$). Elle tendrait à être également associée à une bonne QDV psychologique ($r = 0,369$, $p < 0,10$). Conclusion Ces résultats soulignent l'impact favorable d'une reconstruction mammaire différée sur l'image de soi et la QDV des femmes mastectomisées pour cancer du sein. Néanmoins, ils sont à prendre avec précaution et méritent d'être approfondis dans une étude prospective.

Varescon Isabelle (**Université R. Descartes. Paris V**), Nathalie Camart (**Université Paris X**), Caroline Gérard (**CHU Cochin. Paris V**), Michel Detilleux (**CHU Cochin. Université R. Descartes. Paris V**)

Etude des événements de vie et des stratégies de coping chez des sujets alcooliques

Contact : isabelle.varescon@univ-paris5.fr

C'est à partir de notre expérience clinique que nous nous sommes questionnés sur les événements de vie fréquemment évoqués par les patients. Nous avons donc décidé d'étudier, chez des sujets présentant une problématique alcoolique, les événements de vie traumatisants et les stratégies qu'ils utilisent pour faire face aux situations stressantes. Dans le cadre d'une étude transversale effectuée auprès d'une population de sujets consultant pour leur problématique alcoolique, nous nous sommes fixés les objectifs suivants : évaluer les événements de vie susceptibles d'avoir fragilisé les sujets et favorisé leur dépendance à l'alcool ; étudier les stratégies d'adaptation utilisées par les sujets pour tenter de faire face aux événements de vie qualifiés de traumatisants et aux diverses situations stressantes au quotidien. Nous suivons l'hypothèse générale que l'installation de la dépendance à l'alcool serait favorisée par des événements de vie fragilisants et face auxquels le sujet ne trouverait pas de stratégie d'adaptation efficace. Méthode : les outils méthodologiques retenus sont l'entretien semi-directif de recherche, une échelle de dépression (BDI), une échelle d'anxiété (STAI), un questionnaire de consommation d'alcool (AUDIT), un questionnaire d'événements de vie (EVE) et deux questionnaires de coping (WCC, CISS). Population : hommes et femmes, âgés de plus de 18 ans consultant pour leur problématique alcoolique et donnant leur consentement éclairé. Ont été exclus les femmes enceintes et les sujets se trouvant dans l'impossibilité de répondre aux questionnaires. Au total 23 sujets ont été retenus. Résultats : Les sujets présentent une dépendance à l'alcool, un niveau de dépression moyen, un niveau d'anxiété trait élevé, de nombreux événements de vie vécus comme traumatisants et un coping davantage centré sur l'émotion. Conclusion : les données obtenues permettent d'envisager une prise en charge adaptée des sujets en fonction de leurs capacités et leurs propres ressources.

Martin-Sentinelli Maria Laura (**Université de Provence**), Pedinielli Jean-Louis (**Université de Provence**)

L'ajustement à la douleur chronique: les apports du concept d'acceptation

Contact : marialauramartin@hotmail.com

Problématique: Le concept de coping est apparu pendant les dernières décennies comme une variable comportementale expliquant l'ajustement à la douleur. Certains travaux (Mc Cracken, 2001, 2003) montrent que l'acceptation explique un pourcentage supérieur de variance dans l'ajustement à la douleur que le coping. Le concept d'acceptation permet d'élargir le cadre théorique pour observer les comportements d'adaptation à la douleur. Le coping implique un effort d'adaptation, mais s'agissant d'une expérience fondamentalement incontrôlable, les échecs répétés de contrôle de la douleur pourraient provoquer un phénomène "d'impuissance apprise". En revanche, l'acceptation implique de ne plus chercher à lutter contre la douleur et un engagement dans des activités quotidiennes. Hypothèses: L'acceptation de la douleur prédit un meilleur ajustement à la douleur en termes de qualité de vie et de détresse émotionnelle. L'acceptation implique un lieu de contrôle externe relatif à la douleur, mais un sentiment d'auto efficacité pour les autres aspects de la vie. Méthode : Sur une population de patients douloureux chroniques, consultant en Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur, nous évaluerons: -L'acceptation à travers l'échelle CPAQ (Geiser, 1982) -Le lieu de contrôle de la douleur à travers l'échelle MHLCS (Wallston et al, 1978) -Le sentiment d'auto efficacité à travers l'échelle d'auto efficacité (Jerusalem et al, 1992) -La détresse émotionnelle à travers l'échelle HAD (Zigmond et Snaith, 1983) -La qualité de vie à travers l'échelle WHOQL 26 (OMS, 2001) Résultats : Les résultats attendus sont: -des corrélations entre des niveaux d'acceptation élevés et des scores élevés à l'échelle de qualité de vie et des scores faibles à l'HAD -des corrélations entre des niveaux d'acceptation élevés et un lieu de contrôle de la douleur externe, ainsi qu'un sentiment d'auto

efficacité élevée Discussion : L'acceptation est un processus qui demande de différencier le caractère incontrôlable d'une situation comme la douleur chronique du sentiment d'auto efficacité. Elle semble contribuer à mener une vie satisfaisante malgré la douleur. Des programmes thérapeutiques centrés sur l'acceptation semblent être adaptés aux patients douloureux chroniques

Michel Nicolas (Université de Bourgogne)

Relation entre mécanismes de défense et stratégies de coping dans une situation de compétition durant une saison.

Contact : michel.nicolas@u-bourgogne.fr

Cette étude s'intéresse à la relation entre les stratégies de coping et les mécanismes de défense et de leur rôle respectif dans l'ajustement à une situation compétitive sportive. Bien que d'obédience théorique différente, ces construits psychologiques décrivent les processus d'ajustement de l'individu à des situations contraignantes. Peu d'études ont été réalisées sur cette problématique et à notre connaissance aucune dans le domaine du sport. Toutefois parmi les situations contraignantes, la situation de compétition sportive représente une situation intéressante pour la compréhension et l'évaluation des processus d'ajustement et des réponses de stress concomitantes. D'un point de vue pratique, mieux comprendre les processus d'ajustement permet de proposer des dispositifs d'intervention plus adéquats et plus pertinents à la fois dans la préparation psychologique sportive mais aussi dans d'autres champs d'intervention. Les participants sont 34 sujets de l'équipe de France junior de canoë kayak en ligne dont l'objectif principal était la qualification aux championnats d'Europe. Chaque sujet a complété le questionnaire de personnalité (NEO PI-R.), le Ways of Coping Questionnaire, (WOC), et le Défense Style Questionnaire, (DSQ-60) durant la saison de préparation. Conformément aux études précédentes, les résultats indiquent que les stratégies de coping et les mécanismes de défense sont en relation avec l'ajustement à la situation compétitive. La conception classique basée sur des stratégies de coping adaptatives et des mécanismes de défense non adaptatifs n'est pas supportée par nos résultats. Si les deux concepts semblent constituer une composante majeure dans les processus d'adaptation psychologique, ils auraient toutefois chacun leur spécificité. Au niveau des implications pratiques, défense et coping devraient être conjointement évalués et pris en charge dans une approche intégrative pour améliorer les capacités d'ajustement individuelles à des situations stressantes. Afin de mieux comprendre les différences et les similarités des deux concepts en fonction de situations et de facteurs de stress différents, d'autres études sont souhaitables.

Addictions

Maugendre Marjorie (Université de Metz - Laboratoire de Psychologie), Spitz Elisabeth (Université de Metz - Laboratoire de Psychologie)

Etude des facteurs de risque d'une consommation actuelle ou future de produits chez des adolescents pratiquant un sport de loisir

Contact : maugendrem@yahoo.fr

L'objectif est d'étudier les facteurs psychologiques jouant un rôle dans l'initiation et la continuité d'une consommation de produits chez des adolescents pratiquant un sport de loisir. Le cadre théorique est celui de l'autorégulation et en particulier la théorie de la motivation à l'accomplissement (Deci et Ryan, 1985) associé au concept de buts d'accomplissement (Elliot, 1999) : Existe-il des liens entre la pratique d'un sport de loisir et la consommation de produits ? L'orientation motivationnelle a-t-elle un effet sur la consommation de produits chez les adolescents ? Méthode : Evaluation : Passation d'un auto-questionnaire comprenant deux grandes parties : 1) Evaluation des connaissances et des croyances par rapport à la consommation de produits (tabac, alcool, cannabis, médicament, ...), par rapport au dopage mais également évaluation de leurs propres consommations. 2) Evaluation de la recherche de sensations (Zuckerman, 1999), des buts (Cury et al, 1999), motivation (Brière et al, 1995), de l'estime de soi (Rosenberg, 1985), de l'anxiété et de la dépression (Zigmond et Snaith, 1983) Population : 306 adolescents âgés entre 12 et 20 ans scolarisés de la 4^e à la terminale. Résultats : ils seront présentés lors de la communication Discussion et perspectives : Il est intéressant de comprendre les mécanismes qui stimulent les adolescents à prendre contact avec un produit puis à passer de l'usage à la consommation abusive avec un risque de dépendance non négligeable.

Solange Carton (Université Paris V), Céline Jouanne (Université Paris V), Yves Edel (Hôpital Salpêtrière, ECIMUD)

Alexithymie, niveaux de conscience émotionnelle et recherche de sensations chez des sujets poly-consommateurs

Contact : solange.carton@univ-paris5.fr

Introduction : La recherche en cours aborde le concept de santé par l'étude des comportements accidentogènes liés à la pratique d'activités sportives à risques et plus particulièrement, la pratique du ski. L'objectif est d'analyser le jeu d'influences réciproques entre pratiques et représentations sociales (Abric, 1994) en intégrant dans cette relation l'expérience émotionnelle et le rapport aux risques comme facteurs modulateurs susceptibles de rationaliser les pratiques et générer des représentations. Méthodologie : Nous avons alors comparé deux populations dont le rapport aux risques et l'expérience émotionnelle potentiellement vécue étaient dissemblables. L'une n'avait jamais fait de ski alors que l'autre faisait régulièrement du ski hors-piste. Nous avons d'abord fait passer une série d'entretiens semi-directifs (n=15) sur lesquels nous nous sommes ensuite appuyés pour mettre en place un questionnaire (N=60). Celui-ci était composé d'une échelle de coping (Vitaliano et col., 1985 ; traduite en français par Paulhan et col. en 1994) ainsi que de l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman (Zuckerman, 1983 ; traduite en français par Carton et col. en 1992). Le recueil des représentations sociales s'est effectué grâce à l'utilisation de questionnaires d'évocation et de caractérisation. Résultats : Les skieurs hors-piste, dont les scores de recherche de sensations sont élevés, non seulement sous utilisent les stratégies de coping qui visent à faire face au stress engendré par les émotions mais également se représentent la pratique du ski essentiellement sous l'angle des sensations que cette dernière procure. Concernant les non-skieurs, leur score de recherche de sensations est faible, ils ne sous utilisent aucune des stratégies qui visent à faire face au stress et se représentent le ski principalement à travers les risques qui sont inhérents à sa pratique. Conclusion : L'expérience émotionnel et le rapport que les sujets entretiennent avec les risques, non seulement participent à l'élaboration du contenu de la représentation du ski, mais également rationalisent les pratiques qui y sont liées. En intégrant un ou plusieurs facteurs modulateurs des interactions entre pratiques et représentations sociales, nous pouvons ainsi envisager de systématiser le fonctionnement des mécanismes cognitifs qui sous tendent l'élaboration des représentations et la régulation de l'expérience émotionnelle.

Lucia Romo (**CHU Louis Mourier Service de Psychiatrie**), Lemghairbat Abdelkrim (**Université Paris X Nanterre**), Caroline Aubry (**UTAMA Hôpital Beaujon**), Jean Adès (**CHU Louis Mourier**)
Une étude sur l'addiction aux jeux video et à l'Internet
 Contact : lucia.romo@wanadoo.fr

A travers de travail nous étudions l'impact de l'utilisation des jeux video et de l'Internet sur un population qu'on peut considérer à risque (il s'agit de joueurs en réseau des salles de jeu). La population est essentiellement masculine (92%) et 90% des personnes travaillent ou sont étudiants. Les données nous montrent que 38% se disent "pas capables de pouvoir réduire le temps passé à jouer" et 32% sont irritables s'ils n'ont pas la possibilité de se connecter ou de jouer. La moitié des participants dépensent de plus en plus d'argent en jeux video. Presque 40% des participants disent jouer pour "fuir un problème". D'autres variables comme la dépression, l'anxiété, l'hyperactivité sont présentées et on finit par une réflexion sur l'importance actuelle de ce type de comportement et de l'utilisation de ces technologies.

Agnès Bonnet (**Université de Provence Aix-Marseille I**), Lydia Fernandez (**Université de Provence Aix-Marseille I**), Pierluigi Graziani (**Université de Provence Aix-Marseille I**), Jean Louis Pedinielli (**Université de Provence Aix-Marseille I**), Rouan Georges (**Université de Provence Aix-Marseille I**)
Stress et conduites addictives en milieu policier
 Contact : Agnes.Bonnet@up.univ-aix.fr

Des recherches réalisées dans le milieu policier montrent que les métiers de policier et de gendarme recèlent des sources importantes de stress. L'objectif de notre recherche réside dans une meilleure compréhension de l'action du tabagisme en tant qu'automédication psychique et physique du stress engendré par la profession de policier et/ou de gendarme. La population de cette étude est composée de 134 sujets âgés de 20 à 50 ans : 39 policiers et 19 gendarmes fumeurs (sex-ratio (H/F) : 49/9) ; 52 policiers et 24 gendarmes non fumeurs (sex-ratio (H/F) : 70/6). Les instruments utilisés sont : le test de Fagerström ; le test de dépendance psychologique et comportementale au tabac ; l'échelle toulousaine de stress. Les principaux résultats montrent que les fumeurs sont plus stressés et présentent plus de conduites addictives que les non-fumeurs. Il se dégage des facteurs de risque au stress et à la production de conduites addictives. On observe en effet, que la dépendance psychologique et comportementale au tabac ainsi que le stress (de forte intensité), peuvent être considérés comme des facteurs de risque des conduites addictives (score global). L'interprétation s'articule autour d'une fonction d'automédication du tabagisme dans la régulation des émotions. La tabagisme associé à d'autres addictions pourrait avoir pour fonction de réduire la tension du stress physique et d'assurer une fonction d'automédication physique du stress perçu (subjectif) ; il semble également assurer une fonction d'automédication psychique du stress perçu, par l'intermédiaire des conduites addictives, et ce, d'autant plus que les facteurs de stress objectifs et subjectifs liés notamment à la profession sont importants. La dépendance psychologique et comportementale au tabac doit donc être

conçue comme un processus complexe qui articule la souffrance psychologique à une réponse par la substance, dont les effets constituent le processus addictif.

Jean Marc Figard (**Université de Franche-Comté**)
Psychologie, santé, famille et addiction alcoolique.
Contact : jmf33@wanadoo.fr

L'ENTOUROLOGIE L'objet de notre communication concerne l'entourage de la personne alcoolique que nous rencontrons dans les groupes de parole, mis en place au CCAA de Besançon depuis dix ans, en qualité de psychologue et psychothérapeute. Le sujet alcoolique doit effectuer un chemin de guérison difficile où son entourage joue un rôle important tant au niveau des soins que de la rechute éventuelle. Le travail de réflexion s'oriente donc vers la problématique complexe des relations entourage/personne alcoolique. Nous entendons par entourage les personnes qui vivent avec l'alcoolique - et donc qui sont impliquées dans le soin et la maladie de l'autre - et de qui l'alcoolique attend quelque chose en retour, ce sera souvent la famille immédiate nucléaire, les parents et enfants, que nous avons pu rencontrer dans nos groupes de parole. L'idée de la construction d'une " entourologie ", néologisme qui désigne la problématique des entours, est nouvelle (Sabatié, 1991) et nous semble pertinente pour souligner la souffrance des proches qui sont des " victimes " le plus souvent silencieuses à côté des malades. A la mise en place des premiers groupes de parole, il y a dix ans, nous pensions aider le malade alcoolique en prenant en compte son entourage, et tenter de juguler et réguler l'influence de cet entourage sur les facteurs de rechutes, et de maintien de l'abstinence, pour les patients. Notre position d'alcoologue de façon univoque, visait le malade et lui seul, dans une optique de soins en " alcoologie classique ". Or, nous nous sommes rendu compte, au fur et à mesure des séances de groupes, que l'entourage était lui-même atteint d'une souffrance propre qui nous a semblé à la fois systématique et constante sur le plan des symptômes, et donc pertinente à traiter comme telle. Nous savons aujourd'hui que le malade est mieux soigné si l'entourage est pris en compte, et bon nombre de centres de cure et postcure l'y associent. Toutefois, il nous semble qu'il faut également prendre en charge l'entourage pour lui-même en ce qu'il montre de souffrances psychiques propres, le plus souvent réactionnelles, c'est l'objet de notre travail de recherche. En effet, en cheminant sur le terrain de nos pratiques et en maintenant ouvert l'espace de la recherche, nous avons été interpellé par la similitude des comportements obsessifs de l'entourage du malade alcoolique et de certains traumatisés ou victimes suite à un choc brutal. Il nous arrive fréquemment, dans le cadre de débriefing post-traumatique, d'intervenir (en urgence ou non), auprès de populations en souffrance (officier-expert psychologue-sapeur-pompier, cellule d'urgence médico-psychologique du Doubs, psychologue de la Banque Populaire dans le cadre des suivis psychologiques de hold-up et de prise d'otages). C'est ainsi que peu à peu une interrogation s'est faite jour, autour de la névrose traumatique et des facteurs de stress répétés en lien avec l'entourage du sujet alcoolique. L'entourage du malade alcoolique est fortement stressé au quotidien ainsi que traumatisé au fil du temps, et notre argument tient dans l'hypothèse suivante : La maladie de l'entourage est une névrose traumatique qui s'installe de façon chronique avec souffrance psychique, dans une perte progressive de l'estime de Soi, vers un sentiment obsessif continu qui va de l'obsession de l'alcool de l'autre à l'obsession du comportement de l'alcoolique. Il s'agit ici bien évidemment de stress post-traumatique et nous pourrions mettre en évidence un tableau clinique des troubles observés chez l'entourage immédiat, allant de l'escalade agressive du passage à l'acte aux somatisations les plus diverses, en nous appuyant sur nos observations cliniques. Les notions de co-dépendance, d'obsession, de déni, de stress post-traumatique, seront établies et articulées vers une compréhension de ce que nous considérons comme la maladie de l'entourage autour d'une étude de la famille alcoolique. Une élaboration groupale semble indispensable pour rétablir un sens de la réalité mais aussi une dimension psychique globale. Le groupe de proche, ou groupe de parole (en fait groupe de débriefing et de thérapie), fonctionne en groupe ouvert et accueille uniquement les membres de l'entourage de l'alcoolique. Lieu de débriefing dans un premier temps il permet l'évacuation possible des traumatismes du quotidien. Secondairement ce groupe permet l'accession à une certaine mentalisation et analyse au travers de la parole des proches qui peuvent travailler au retour de leur équilibre, interroger le soi familial et le sens de leurs propres conduites. C'est au sein de ces groupes de parole que nous proposons un soin psychique qui permet de rompre la solitude et la honte, dans un échange avec d'autres entours qui partagent une certaine " familiarité " avec la maladie. Nous traiterons de cette étrange familiarité des symptômes partagés, en théorisant et conceptualisant ce point de vue, avec comme cadre de référence une lecture analytique groupale et familiale d'un corps narcissique familial. Pour tenter de répondre à ces différents axes de préoccupations et de recherche nous proposerons une observation des groupes thérapeutiques (discours) ainsi qu'une analyse lexicale et syntaxique et une étude des co-occurrences sur la retranscription de trois groupes de thérapie d'entours, où les dialogues ont pu être complètement enregistrés et mis à l'écrit. Bien entendu, l'objectif final de ce travail de réflexion est de mettre en place des outils conceptuels spécifiques afin d'améliorer les soins portés aux personnes de l'entours comme aux individus alcooliques en ouvrant à l'enrichissement des prises en charge et à d'autres compréhensions de la question alcoolique: La souffrance alcoolique en cache une autre, celle de l'entourage, qui est secrète, ignorée, honteuse. La personne proche a une histoire à (se) raconter, un trajet

de vie à poursuivre, dans une souplesse à retrouver vis à vis de l'alcoolique. L'entourage tout comme l'alcoolique, doit avoir des lieux et espaces pour exister pour lui même, et trouver son sens de la (sa) vie, ainsi que des soins psychiques qui lui soient propres. Le travail du psychologue et le but de la psychologie clinique restent de faire reconnaître et accepter l'humaine condition dans toute sa dimension psychique en l'intégrant aux dimensions bio et sociales. En outre, nous verrons également que cette idée d'entourologie peut s'étendre et s'appliquer à la compréhension d'autres pathologies où l'entourage joue un rôle important (diabète, sida, toxicomanie, deuil, accidents de toutes sortes ...). La prise en charge de l'entourage peut donc être reconnue et comprise comme une action de soin à part entière pour l'entourage lui-même qui souffre, et aussi comme une aide précieuse pour le malade et son rétablissement de santé psychique. Dans le soin psychique au sein de la famille, chacun doit pouvoir prendre soin de soi-même avant (ou en même temps) de pouvoir tenter autrement, autre chose, pour et avec l'autre.

Delphine Rey (**Université de Provence U1**), Lydia Fernandez (**Université de Provence U1**)

L'addiction aux benzodiazépines et ses relations avec certains états émotionnels et les événements de vie générés par le vieillissement chez 20 sujets âgés

Contact : reydelphine@aol.com

Objectif : l'objectif de ce travail consiste à examiner les relations et les effets que la symptomatologie anxieuse et dépressive, l'anhédonie, l'alexithymie et les événements de vie entretiennent avec la consommation régulière de benzodiazépines chez les personnes âgées (Bourgeois, 1999 ; Lemoine, 1999 ; Pedinielli, Rouan et Bertagne, 2000 ; Fernandez et Cassagne – Pinel, 2001). L'addiction permettrait aux sujets de restaurer leur équilibre identitaire, que peut faire vaciller l'avancé en âge, et d'améliorer ainsi, leur bien-être. Dans ce cadre, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle : chez le sujet âgé, l'addiction aux benzodiazépines permet de faire face aux aléas du vieillissement et de lutter contre la dépression, l'anxiété, l'alexithymie et l'anhédonie et les événements de vie générés par le vieillissement. Méthodologie : La population est composée de 10 sujets (groupe de référence) âgés de 67 à 96 ans (8 femmes, 2 hommes ; âge moyen : 77,7 ans ; écart type : 7,75) vivant à domicile et institutionnalisés et de 10 sujets (groupe contrôle) appariés en sexe âgés de 65 à 86 ans (âge moyen : 76,6 ; écart type : 7,57). Les outils Le Questionnaire d'Événements de Vie d'Amiel-Lebigre permet utilisés sont : Le Questionnaire d'évaluer l'impact des événements de vie. (53 items). d'Addiction aux Benzodiazépines (Q.A.B) permet d'évaluer le degré d'addiction L'Echelle d'Anhédonie évalue la perte de la aux benzodiazépines (12 items). L'Echelle d'Alexithymie de Toronto capacité à éprouver du plaisir (36 items). Le Hospital (T.A.S-20) permet d'évaluer le niveau d'alexithymie (20 items). Anxiety Depression (H.A.D) permet de détecter une symptomatologie anxieuse et dépressive (14 items). Résultats : Les résultats montrent : - Que la symptomatologie anxieuse et dépressive a un effet significatif sur l'addiction aux benzodiazépines ; - Qu'il existe des relations entre l'âge et la vie sociale et l'anhédonie et la vie sociale ; - Qu'il n'existe pas de relation entre la symptomatologie anxieuse et dépressive, l'anhédonie, l'alexithymie et l'addiction aux benzodiazépines du sujet âgé. Discussion : Des études doivent être menées dans ce domaine sur des échantillons de population plus importants afin de mieux pouvoir appréhender l'addiction aux benzodiazépines chez les sujets âgés