

SOMMAIRE

1- UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA SANTÉ.....	2
1.1. On ne peut plus définir la santé comme un état de non maladie	2
1-2. La santé ne peut pas être envisagée uniquement selon la dimension somatique.....	2
1.3. Les conceptions intégratives et dynamiques.....	3
2. Définition de la santé mentale	4
2.1. Ce que peut être la santé mentale	4
2.1.1. Des perceptions de soi précises?.....	4
2.1.2. L'aptitude à être heureux, ou au moins relativement content.....	5
2.1.3. Autres critères.....	5
2.2. La définition de la santé mentale intègre celle de bien-être subjectif.....	5
3. Qu'est-ce que le bien-être subjectif ?	6
3.1. Comment définir le bien-être subjectif ?	6
3.1.1. Les critères externes sont insuffisants	6
3.1.2. Des évaluations positives des événements de sa vie	6
3.2. Le champ du bien-être subjectif	7
3.2.1. D'abord, il est subjectif.	7
3.2.2. Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie).	7
3.2.3. Enfin il y a une prépondérance de l'affect positif sur l'affect négatif	8
3.3. Les composants du bien-être subjectif.....	8
4. Les théories explicatives du bien-être subjectif.....	9
4.1. Les influences situationnelles allant « de bas en haut » (bottom-up)	9
4.2. Influences du haut vers le bas (Top-down).....	9
4.2.1. Les théories de la personnalité comme facteur du bien-être subjectif.....	9
4.2.2. Les théories de l'autorégulation	11
4.2.3. La théorie des buts.....	12
5. Les rapports de l'activité physique et de la santé.	16
5.1. L'activité physique constitue un facteur de lutte contre la maladie :	16
5.1.1. Les effets préventifs sur la santé physique:	16
5.1.2. Les effets sur la santé mentale et la promotion du bien-être psychologique	17
5.2. L'activité physique constitue le résultat, le reflet de la santé :	18
5.2.1. L'activité physique constitue un indice de l'état de santé positive de l'individu.	18
5.2.2. L'activité physique peut, dans certains cas, constituer un indice du dysfonctionnement psychologique de l'individu	18
6. Activité physique régulière et maîtrise de soi.....	22
6.1. La notion de contrôle de soi son action contre les conduites déviantes.	22
6.2. L'idée d'une force de contrôle de soi	22
6.2.1. La métaphore du muscle.....	22
6.2.2. Cette force est non spécifique.....	23
6.2.3. Une période réfractaire	23
6.2.4. La diminution n'est pas permanente. Elle se restaure après une période de repos	23
6.2.5. Comme pour un muscle la force autorégulatrice peut se travailler	23
6.3. En quoi ce modèle de la force autorégulatrice peut-il être important pour les finalités de l'EPS?	23
6.3.1. Le contrôle de soi peut mieux se travailler en s'entraînant	24
6.3.2. Le contrôle de soi se travaille mieux par l'exercice physique.....	24
6.3.3. La force peut se restaurer plus facilement grâce à certain type de pratique	24
7. Conclusion.....	25

ACTIVITÉ PHYSIQUE, BIEN-ÊTRE SUBJECTIF ET SANTE MENTALE

Jean-Pierre Famose

Le troisième thème du programme du concours d'agrégation externe est libellé de la manière suivante : « Activité physique, bien-être et santé ». Le cours que nous proposons aujourd'hui constitue une introduction aux notions essentielles de ce programme. Il insistera plus particulièrement sur la partie activité physique, bien-être subjectif et santé mentale.

Le cours s'interrogera aussi sur les rapports que peut entretenir l'éducation physique avec la notion de santé à savoir éducation à la santé et éducation pour la santé.

1- UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA SANTÉ

Comment définir la santé? Une définition utile est la formulation donnée par l'organisation mondiale de la santé (World Health Organisation, 1964), définition qui a été largement reprise par la suite. Elle énonce que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental, et social et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité* » (p.1). Cette définition qui semble à première vue inoffensive, est réellement une définition radicale.

1.1. On ne peut plus définir la santé comme un état de non maladie

Elle est radicale d'abord parce que la partie de la phrase « *et pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité* » modifie la conception unidimensionnelle limitée de la santé considérée alors comme un état de non maladie ; conception historiquement associée à la médecine occidentale. Pendant longtemps, en effet, on a considéré la santé et la maladie comme étant les deux extrémités d'un même continuum. Selon cette conception, il existerait entre ces deux pôles de nombreux degrés intermédiaires, la santé serait l'inverse de la maladie, et la majorité des individus ne serait jamais tout à fait en excellente santé ni vraiment malade. La maladie était définie comme un problème organique (biophysique), objectivable, déterminé par une ou plusieurs causes devant être identifiées et traitées. C'était ce qu'on a appelé le modèle biomédical de la santé. Cette dimensionnalité unique s'appliquait aussi à la santé mentale où l'on situait sur un pôle les affects positifs les plus intenses (joie, bonheur, etc.) et sur l'autre, les affects négatifs les plus extrêmes (désespoir, rage, etc.).

Selon la nouvelle définition donnée par l'organisation mondiale de la santé, on ne peut plus définir la santé comme un état de non maladie. Elle suggère une conception plus large bidimensionnelle. Cette définition élargit donc la définition de la santé allant des maladies et des états affectifs négatifs jusqu'au bien-être organique et psychologique. Selon Koralsztein (1986), la santé est au-delà, et proche, du concept d'épanouissement de la personnalité. L'idée d'une santé en perpétuel dépassement suppose une possible hiérarchie des états de santé. C'est une conception de ce type que défend Koralsztein (1986) à travers le concept de « santé positive »: on peut supposer qu'il est possible d'identifier de manière symétrique une suite d'états positifs de santé.

1-2. La santé ne peut pas être envisagée uniquement selon la dimension somatique.

La santé physique est évidemment l'acceptation la plus fréquente, et l'idée de bien-être physique a constitué pendant longtemps une référence essentielle pour l'EPS. Cependant, la dimension santé mentale semble également importante et elle renvoie, nous le verrons, à un bien-être psychologique.

C'est précisément dans cette connexion que la définition de l'organisation mondiale de la santé est radicale dans le second sens. À travers la clause initiale, « *la santé est un état de complet bien-être physique,*

mental et social », la définition ouvre la voie à un modèle de la santé basé sur les systèmes. Les domaines « *physique, mental, et social* » se combinent pour recouvrir les dimensions principales de l'organisme humain et nous conduit directement à un modèle du système humain pour conceptualiser la santé. C'est le modèle biopsychosocial de la santé qui s'oppose au modèle biomédical dont nous déjà parlé. Dans ce dernier, la santé est appréhendée comme l'absence de maladie, elle-même définie comme un problème organique (biophysique), objectivable, déterminé par une ou plusieurs causes qui doivent être identifiées et traitées.

Le second modèle englobe le premier, auquel il ajoute plusieurs éléments; la santé y est définie comme un état de bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie. Elle est donc à la fois objective (mesures biophysiques) et subjective (construction personnelle et/ou sociale), variant selon les groupes sociaux et les périodes de la vie. Elle concerne l'individu, ainsi que son entourage. Enfin, elle peut être abordée sous différents angles: le maintien d'un état existant, la prévention d'un état non souhaitable, les soins et les traitements d'un état de maladie avéré.

La santé est donc considérée aujourd'hui comme constituée d'un ensemble de dimensions (physique, mentale, sociale, etc.) bidirectionnelles (absence de maladie, présence d'états positifs). On peut parler de santé physique positive, c'est l'acception la plus fréquente. Être bien dans son corps renvoie à l'idée d'une relation positive à soi-même à se sentir en forme. On peut parler aussi de bien-être psychologique, à savoir être bien dans sa tête, avoir une bonne estime de soi. On peut enfin parler de santé sociale : se sentir bien au sein d'un groupe, d'une communauté, d'une culture ; se sentir bien avec les autres, avoir le sentiment d'être reconnu, entouré, respecté.

Cogérino (1999) fait remarquer que, chez les enseignants d'éducation physique et sportive, c'est surtout la dimension physiologique de la santé qui est affirmée, principalement par la valorisation de la dimension endurance cardio-vasculaire, les courses de longue durée, l'échauffement. La dimension sociale occuperait une place intermédiaire, en se rapprochant au thème de la socialisation, de la citoyenneté, le respect des règles, apprendre à vivre ensemble. Mais la dimension psychologique et celle de contrôle de soi sont totalement occultées. C'est la raison pour laquelle nous développerons plus longuement ces derniers aspects.

Pour illustrer cette conception systémique de la santé positive, prenons l'exemple de l'estime de soi. L'estime de soi est un déterminant du bien-être psychologique. Mais elle correspond aussi au bien-être social. En effet, selon les conceptions les plus actuelles, l'estime de soi n'est rien d'autre qu'une mesure, ou une jauge psychologique dont la fonction est d'aider les individus à enregistrer la qualité de leurs relations avec les autres. Les sentiments d'estime de soi qu'ils éprouvent sont un indicateur, ou un marqueur subjectif interne, du degré selon lequel ils se sentent inclus versus exclus par les autres individus. Cette approche théorique est basée sur la supposition que tous les êtres humains possèdent un besoin puissant de former et de maintenir, au moins à un minimum, une quantité de relations interpersonnelles durables, positives, et significatives. Les menaces sur l'estime de soi sont, à un niveau plus fondamental, des événements qui rendent plus saillante la possibilité d'exclusion sociale. Les événements qui diminuent l'estime de soi sont ceux qui, aux yeux de la personne, paraissent mettre en danger ses liens sociaux. Les événements menaçant l'ego sont aversifs parce qu'ils signalent une possible détérioration dans ses propres relations sociales.

Une basse estime peut avoir en retour des répercussions sur la santé physique du fait de la dépression qui l'accompagne généralement. Les individus déprimés sont plus enclins à des maladies.

1.3. Les conceptions intégratives et dynamiques

Depuis 1984, l'OMS définit la santé comme « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins » (OMS, 1984). Ainsi, la santé est considérée comme l'ensemble des ressources d'une personne, lui permettant une qualité de vie optimale. Dans la Charte d'Ottawa en 1986 : « *La santé est définie 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. Ainsi, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être* »

Certaines conceptions élargissent ces conditions au bien-être matériel, mais cela est encore discuté. Pour Nordenfeld (1987) « *la santé est la capacité (physique, psychique, etc..) à atteindre ses objectifs par soi-même* ». Bruchon-Schweitzer (2002) évoque le cas de sujets atteints de graves déficiences (ou handicaps)

qui peuvent très bien être objectivement diminués et estimer cependant que leur état (mental, physique, etc.) leur permet tout à fait de réaliser leurs aspirations. Certains patients, pourtant en excellente santé objective, sont perpétuellement inquiets à propos de leur état de santé, consultant pour n'importe quel prétexte, ingurgitant quantité de médicaments. Ces sujets souffrent à l'évidence. A contrario, nous avons évoqué plus haut le cas de patients atteints de traumatisme médullaire, de myopathie évolutive, de sclérose en plaques qui, malgré de sévères limitations physiques objectives, se déclarent satisfaits de leur vie. De ces deux groupes, lequel est le plus « malade » ?

Selon Bruchon-Schweitzer (2002) la situation deviendra plus claire lorsqu'on acceptera d'intégrer, dans la définition de la santé, les ressources subjectives des individus (réalisation de soi, satisfaction des besoins, autonomie, contrôle perçu) et pas seulement leurs états fonctionnels objectifs. Cette position renvoie aux notions de la santé mentale et de bien-être psychologique.

2. Définition de la santé mentale

Quels sont les critères qui permettent de définir la notion de santé mentale ?

2.1. Ce que peut être la santé mentale

2.1.1. Des perceptions de soi précises?

Dans beaucoup de définitions formelles de la santé mentale, des perceptions de soi précises constituent l'un des critères les plus importants (voir Jahoda, 1958). Selon la tradition philosophique occidentale, la qualité unique des êtres humains est l'aptitude à s'engager dans des pensées rationnelles adaptatives et de distinguer le réel de l'apparent. Beaucoup de philosophes considèrent l'atteinte de la vérité comme étant bonne de manière ultime et équivalente ou conduisant au bonheur individuel. Les distorsions de la réalité et la culture de l'illusion, d'un autre côté, sont pensées trahir le potentiel humain unique de connaître la vérité. Ainsi le précepte du sage « connais toi toi-même » et l'observation de Socrate que « la vie non examinée n'est pas valable de vivre » reflètent à la fois la supposition philosophique durable que la connaissance précise de soi et du monde externe est un but et une vertu pour des être humains.

La psychologie a aussi placé une grande valeur sur le discernement de la réalité. Une perception précise des événements stimulés dans l'environnement est pensée être nécessaire si les individus doivent éviter les dangers et s'adapter avec succès au monde externe. À l'intérieur du domaine social, les études ont longtemps cherché à identifier les circonstances sous lesquels les individus sont capables de discerner précisément les caractéristiques de la personnalité des autres et d'elles-mêmes (par exemple, Baumeister & Cairns, 1992 ; Block & Thomas, 1955). La supposition implicite sous-jacente aux différents exemples donnés par la psychologie est similaire à celle qui est sous-jacente à la philosophie occidentale : il y a une réalité en dehors de nous, et une perception précise de la relation entre soi-même et cette réalité est nécessaire pour l'adaptation physique et sociale.

Les praticiens de la santé mentale ont même été plus loin dans leurs conceptions, présentant «l'orientation vers la réalité» comme étant d'une importance cruciale pour la santé mentale. Ainsi, malgré la diversité conceptuelle et linguistique considérable qui sépare les philosophes, les chercheurs et les praticiens, il est notable qu'autant de personnes considèrent un contact précis avec la réalité comme un élément vital de l'adaptation, du bien-être, et de la santé mentale. Récemment, cependant, cette conception consensuelle et traditionnelle a été questionnée.

Après avoir passé en revue la littérature de la psychologie sociale, Taylor et Brown (1988) ont conclu: *«l'implication que nous tirons de notre analyse... est que certains biais dans la perception que nous avons antérieurement été amenés à penser comme étant au mieux des peccadilles amusantes et au pire des défauts sérieux dans le traitement de l'information peuvent réellement être fortement adaptatifs dans beaucoup de circonstances»* (p. 205). Selon eux, trois illusions « puissantes, durables, et systématiques » sur le soi, à savoir des évaluations de soi positives irréalistes, des perceptions de contrôle ou de maîtrise exagérée, et un optimisme irréaliste sont les éléments qui aident les individus à amener et maintenir un bien-être psychologique malgré l'imprécision de ses évaluations de soi.

« Cette série d'illusions positivement biaisées est associée à un meilleur fonctionnement de la vie ainsi qu'à un ajustement psychologique positif. Ceci va non seulement à l'encontre des théories traditionnelles de la santé mentale, mais aussi à l'encontre des croyances intuitives sur l'ajustement. Même si on accepte l'idée que des croyances très optimistes favorisent l'ajustement psychologique, il est tentant de

croire que ceci serait un faux bonheur, que ceux qui vivraient dans un monde de rêve seraient incapables de fonctionner aussi efficacement dans le long terme que des personnes plus réalistes. Nous argumenterons qu'une telle chose n'est pas le cas » (Taylor, Collins, Stokan, & Aspinwall, 1989, pp. 115 - 116).

« L'individu efficace en face de la menace semble être celui qui permet le développement d'illusions, nourrit ses illusions, et est restauré de manière ultime par ses illusions. » (Taylor, 1983, p. 1168).

L'idée est que les illusions cognitives sont une bonne chose et que, par implication, leur absence est mauvaise. Dans son livre « les illusions positives : la tromperie de soi créative et l'esprit sain », Taylor (1989) écrit :

« La découverte du réalisme dépressif et du fait que les individus déprimés n'adoptent pas ou sont incapables d'utiliser les illusions positives qui sont si avantageuses aux individus normaux suggèrent que les illusions positives - plus particulièrement, leur absence - peuvent figurer au commencement de la dépression et de la progression. » (p. 219)

Ainsi, il y a une controverse importante sur le fait de savoir si la santé mentale repose ou non sur des perceptions précises de la réalité et de soi-même. Colvin et Block (1994) ont fortement critiqué l'idée que la santé mentale puisse reposer sur des illusions. Selon eux la position de Taylor et Brown (1988) n'est pas confirmée par les données empiriques et ils plaident pour des perceptions de soi précises. Baumeister (1989) adopte, quant à lui, une position intermédiaire qui préconise une « marge optimale d'illusion » à savoir que des illusions modérées sont bonnes pour le bien-être subjectif.

2.1.2. L'aptitude à être heureux, ou au moins relativement content.

L'aptitude à être heureux, ou au moins relativement content, a été l'un des critères centraux de la santé mentale et du bien-être adopté par une variété de chercheurs et de théoriciens (par exemple, Diener, 1984; Jahoda, 1958; pour des revues).

2.1.3. Autres critères.

Jahoda a identifié cinq critères supplémentaires de la santé mentale positive : des attitudes positives vis-à-vis de soi; l'aptitude à croître, à se développer et s'auto-actualiser; l'autonomie; la maîtrise environnementale dans son travail et ses relations sociales et l'intégration (c'est-à-dire, la balance des forces psychiques du ça, du moi et du sur-moi). Passant en revue à la fois des formulations anciennes et plus récentes, Jourard et Landsman (1980, p. 131) ont proposé des critères très similaires : le regard positif sur soi, l'aptitude à prendre soin des autres et du monde naturel, l'ouverture aux idées nouvelles et aux autres individus, la créativité, l'aptitude à produire un travail constructif, l'aptitude à aimer, et les auto perceptions réalistes omniprésentes.

« Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres ».

2.2. La définition de la santé mentale intègre celle de bien-être subjectif.

Le terme « santé mentale » se trouve encore lui aussi, trop souvent confondu avec l'idée de maladie mentale. Comme la santé physique est différente de la maladie, la santé mentale se définit différemment de la maladie mentale et signifie beaucoup plus que l'absence de maladie mentale. Or, tenter de circonscrire le concept de santé mentale représente une problématique ardue à laquelle plusieurs personnes se sont intéressées au fil des ans. Posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) propose ainsi la définition suivante :

« La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autre, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et

physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne ».

Conception systémique de la santé mentale :

« La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement ».

On considère donc que la santé mentale est la façon dont une personne pense, se sent et agit dans la vie. Elle reflète la perception qu'elle a d'elle-même, des autres et de son existence. La santé mentale a une influence sur la vision que l'on a de la vie et sur la manière de relever les défis et de résoudre les problèmes auxquels nous sommes confrontés. Elle influence donc notre façon d'interagir avec notre environnement.

3. Qu'est-ce que le bien-être subjectif ?

Le concept de bien-être subjectif est ainsi au cœur des définitions de la santé en général et de la santé mentale en particulier. Qu'entend-on alors par bien-être subjectif? La littérature sur le bien-être subjectif recouvre des études qui ont utilisé des termes aussi divers que le bonheur, la satisfaction, la morale, et l'affect positif. Le terme « bonheur » est quelquefois utilisé de manière synonyme avec celui de bien-être subjectif. La plupart des auteurs, cependant, évitent d'utiliser le terme « bonheur » du fait de ses significations populaires variées. Par exemple, le bonheur peut faire référence à l'expérience globale de bien-être, au sentiment actuel de joie, ou à l'expérience de beaucoup d'affects positifs dans le temps. En revanche, les termes utilisés dans ce champ possèdent maintenant plus de significations spécifiques. Pour Diener (1994, p. 108), *« le bien-être correspond à l'expérience globale de réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieur tels que la satisfaction de la vie et le niveau hédonique ».*

3.1. Comment définir le bien-être subjectif ?

3.1.1. Les critères externes sont insuffisants

Le bien-être a d'abord été considéré comme synonyme de bonheur et ce dernier a été défini par des critères externes. Le bonheur n'est pas pensé comme un état subjectif, mais plutôt comme la possession de qualités désirables. Le critère pour le bonheur de ce type n'est pas le jugement subjectif de l'acteur, mais le cadre de référence de l'observateur. Wilson (1967) écrit que ceux ayant le plus d'avantages sont les plus heureux. Il concluait que *« la personne heureuse émerge comme une personne jeune, en pleine santé, bien éduquée, bien payée, extravertie, optimiste, sans préoccupation, religieuse, mariée, ayant une haute estime de soi, une haute morale de travail, des aspirations modestes, de chaque sexe et d'une grande intelligence »* (p. 294).

Malheureusement, la majorité des recherches qui ont examiné les corrélats démographiques ou autres externes du bien-être subjectif n'ont pas montré des corrélations substantielles entre la santé et le bonheur ou entre l'âge et le bonheur. Plus important, la variance des facteurs démographiques n'est pas grande. Ceci a conduit à un nombre croissant d'études sur les causes psychologiques du bonheur.

3.1.2. Des évaluations positives des événements de sa vie

Le bien-être subjectif comprend à la fois des jugements cognitifs et des réactions affectives. Andrews et Withey (1976) ont défini le bien-être subjectif comme étant *« à la fois une évaluation cognitive et un quelconque degré de sentiments positifs ou négatifs, c'est-à-dire l'affect »* (p. 18). Veenhoven (1984) a suivi leurs idées en affirmant que les individus utilisent deux composants dans l'évaluation de leur vie : leurs affects et leurs pensées (p. 25). Le composant affectif est appelé **le niveau hédonique**. C'est le caractère plaisant ressenti à travers les sentiments, les émotions, et les humeurs. Il définit alors le bien-être subjectif

comme étant le degré selon lequel un individu juge d'une façon favorable la qualité globale de sa vie comme un tout. En d'autres termes, le bien-être subjectif est la manière dont la personne aime la vie qu'elle conduit (p. 22). Campbell, Converse, et Rodgers (1976) définissent **le composant cognitif** du bien être, comme « *le décalage perçue entre les aspirations et les atteintes, allant de la perception de l'accomplissement à celles de privation. La satisfaction implique un jugement ou expérience cognitive tandis que le bonheur suggère une expérience de sentiments ou d'affects* » (p. 8).

3.2. Le champ du bien-être subjectif

Les études scientifiques sur le bien-être subjectif se sont développées en grande partie en réaction à l'accent écrasant que la psychologie a mis sur les états négatifs. Selon Myers & Diener (1995), les articles psychologiques examinant les états négatifs surpassent de loin ceux examinant les états positifs. Le rapport est de 17 pour les états négatifs à 1 pour les états positifs. Les chercheurs travaillant dans le domaine du bien-être subjectif reconnaissent que les individus n'évitent pas simplement la misère, ils approchent aussi les incitateurs positifs et de ce fait ils étudient la série entière du bien-être allant de la misère à l'exaltation. De plus, selon Diener & Suh (1997), ces chercheurs ne croient pas que les seuls facteurs sociaux définissent la qualité de la vie car les individus réagissent différemment aux mêmes circonstances. Ils évaluent leurs conditions en se basant sur leurs attentes, valeurs et expériences antérieures uniques.

Diener (1984) suggère qu'il y a trois points principaux au domaine du bien-être subjectif : d'abord, il est subjectif. Ensuite, il n'est pas simplement l'absence de facteurs négatifs, mais il inclut aussi des mesures positives. Troisièmement, il inclut une évaluation globale plutôt que seulement une évaluation étroite d'un domaine de la vie. Reprenons tour à tour ces trois critères :

3.2.1. D'abord, il est subjectif.

Selon Campbell et al. (1976), il réside à l'intérieur de l'expérience de l'individu. Les conditions objectives telles que la santé, le confort, la vertu ou la richesse sont nécessairement absentes des définitions du bien-être subjectif. Bien que de telles conditions soient considérées comme des influences potentielles sur le bien-être subjectif, elles ne sont pas considérées comme faisant partie intégrante et nécessaire de lui.

3.2.2. Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie).

La notion de satisfaction de la vie fait référence à un jugement global conscient sur sa propre vie. La question est de savoir ce qui conduit les individus à évaluer leur vie en termes positifs autrement dit comment et pourquoi ils expérimentent leur vie de façon positive? Ce domaine du bien-être subjectif a été appelé satisfaction de la vie et est en rapport avec les standards des sujets pour déterminer ce qu'est la bonne vie. Le bonheur est défini comme une évaluation globale de la qualité de la vie de la personne en fonction de ses propres critères choisis.

La théorie implicite du bien-être subjectif dans les définitions ci-dessus est la suivante. Les êtres humains non seulement sont capables d'évaluer les événements, les circonstances de la vie, et eux-mêmes, mais ils font continuellement de telles évaluations. Les évaluations des choses en termes de bons/mauvais sont un universel humain. Suivant la théorie de Lazarus (1991), de telles évaluations sont considérées comme conduisant à des réactions émotionnelles, qui peuvent être soit plaisantes soit déplaisantes. Toutes choses étant égales par ailleurs, les expériences plaisantes sont perçues comme désirables et valables. Ainsi, une personne qui a des expériences émotionnelles plaisantes doit probablement percevoir sa vie comme étant désirable et positive.

Les individus avec un bien-être subjectif sont ceux qui font une prépondérance d'évaluations positives de leurs événements de vie et circonstances. Les individus qui sont « malheureux » sont ceux qui évaluent une majorité de facteurs dans leur vie comme pénibles ou comme bloquant leurs buts. La satisfaction de la vie est un jugement global que font les individus lorsqu'ils considèrent leur vie comme un tout, tandis que le composant hédonique du bien-être subjectif est la présence d'affect plaisant en cours (dus aux évaluations positives des événements en cours) beaucoup de fois et un affect déplaisant peu fréquent (résultant d'évaluations négatives en ligne).

3.2.3. Enfin il y a une prépondérance de l'affect positif sur l'affect négatif

Une troisième signification du bien-être subjectif est proche de la manière dont le terme est utilisé dans le discours quotidien. Elle dénote une prépondérance de l'affect positif sur l'affect négatif. Cette définition du bien-être subjectif insiste ainsi sur l'expérience émotionnelle plaisante. Ceci peut signifier soit que la personne fait l'expérience la plupart du temps d'émotions plaisantes durant cette période de vie soit qu'elle est prédisposée à de telles émotions qu'elle en fasse ou non réellement l'expérience. Le bien-être subjectif ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives car il correspond à la présence d'affects agréables (affectivité positive).

D'après Diener et al. (1999), le bien-être subjectif intègre désormais des processus cognitifs (satisfaction de la vie) et émotionnels (affectivité positive et négative). La satisfaction de la vie et le niveau hédonique doivent probablement corrélérer du fait que les deux sont influencés par les évaluations de ses propres événements de vie, activités, et circonstances. En même temps, la satisfaction de la vie et le niveau hédonique doivent probablement diverger dans une certaine mesure du fait que la satisfaction de la vie est un résumé global de sa propre vie comme un tout, tandis que le niveau hédonique consiste de réactions en cours aux événements (et aussi être influencé par des buts inconscients et des facteurs biologiques qui peuvent influencer l'humeur).

3.3. Les composants du bien-être subjectif

Le bien-être se décline ainsi en trois dimensions : affectivité positive (forte), affectivité négative (faible), satisfaction de la vie (élevée). Ainsi la satisfaction de la vie, l'affectivité négative et l'affectivité positive sont des composantes du bien-être de niveau hiérarchique inférieur. On peut décomposer le bien-être subjectif en unités plus fines. Chacun des aspects cités ci-dessus se subdivise à son tour en facettes plus petites. La satisfaction de la vie, par exemple, se décompose en sous dimensions relatives à différents domaines (travail, famille, loisirs, santé, revenus, amour, etc.). De manière similaire, les émotions peuvent être divisées en catégories plus fines. Un affect déplaisant peut être divisé en émotions discrètes telles que la colère, qui peut en fait être décomposée en colère sur différents types d'événements. Les humeurs et les émotions, qui sont ensemble appelés affect, représentent les évaluations en ligne par les individus des événements qui surviennent dans leur vie. Bradburn et Caplovitz (1965) ont suggéré que l'affect plaisant et l'affect déplaisant forment deux facteurs indépendants et doivent être mesurés séparément. Bien que le degré d'indépendance momentanée entre l'affect plaisant et déplaisant soit encore débattu, le caractère séparable à long terme des dimensions affectives est moins controversé. Diener et Emmons (1984) ont trouvé que l'affect plaisant et l'affect déplaisant deviennent progressivement séparés lorsque le cadre temporel s'accroît.

Le tableau 1 présente les divisions et subdivisions principales du champ du bien-être subjectif.

Tableau 1 : les composants du bien-être subjectif

Affects plaisants	Affects déplaisants	Satisfaction de la vie	Domaines de satisfaction
Joie	Honte et culpabilité	Désir de changer de vie	Travail
Exaltation	Tristesse	Satisfaction avec la vie actuelle	Famille
Contentement fiercé	Anxiété et préoccupation colère	Satisfaction du passé	Loisirs santé
Affection	Stress	Satisfaction du futur	Finances
Bonheur	Dépression	Les conceptions des autrui significatifs de sa propre vie	Soi
Extase	Envie		Son propre groupe

4. Les théories explicatives du bien-être subjectif

Wilson (1967) a recensé les quelques postulats théoriques proposés jusque-là pour expliquer les différences individuelles dans le bien-être subjectif. Ces postulats étaient les suivants :

(a) « *la satisfaction rapide des besoins cause le bonheur, tandis que la persévérance des besoins non satisfaits cause le malheur* »;

(b) « *le degré d'accomplissement, requis pour produire la satisfaction, dépend du niveau d'adaptation ou du niveau d'aspiration qui est influencé par l'expérience passée, les comparaisons avec les autres, les valeurs personnelles, et les autres facteurs* » (1967, p. 302).

Depuis cette première formulation, de nombreuses théories ont été proposées et testées. On peut dire que l'avancée théorique la plus importante des 30 dernières années a été le changement dans l'importance accordée à chacun des deux postulats de Wilson. L'accent est progressivement passé du premier (identifier quels sont les besoins qui doivent être satisfaits pour que le bonheur arrive) vers le second (identifier les facteurs de comparaison qui influencent le bien-être). Tandis que la première approche tente d'identifier des facteurs externes, situationnels dits « de bas vers le haut », qui affectent de manière consistante le bonheur, la seconde approche se centre sur des processus dits de « haut vers le bas » à l'intérieur de l'individu. Examinons tour à tour les arguments et les données empiriques associés à ces deux approches.

4.1. Les influences situationnelles allant « de bas en haut » (bottom-up)

Dans sa revue de 1984 concernant les processus susceptibles d'influencer le bien-être subjectif, Diener a fait une distinction entre les processus allant « du haut vers le bas » (top-down) et ceux allant « du bas vers le haut » (bottom-up). Les premières formulations théoriques portant sur ce qui influence le bien-être subjectif ont été principalement centrées sur l'identification des facteurs allant de « bas en haut ». Cette approche a été proposée à partir de l'idée de Wilson selon laquelle il existe des besoins humains fondamentaux et universels, et que si les circonstances permettent à une personne de satisfaire ses besoins, elle sera heureuse. La question était de savoir comment ces événements externes, ces situations, et ces variables démographiques parviennent à influencer le bonheur ? Malheureusement, les chercheurs ont été souvent désappointés par la taille relativement petite des effets de ces variables externes, objectives qui ont été explorées dans la plupart des études antérieures. Campbell, Converse, et Rodgers (1976) ont trouvé que les facteurs démographiques (par exemple, l'âge, le sexe, le revenu, la race, l'éducation, et le statut marital) rendaient compte de moins de 20 % de la variance du bien-être subjectif. Andrews et Withey (1976) ont pu rendre compte seulement de 8 % en utilisant ces mêmes variables. De plus, sur la base de sa revue de littérature, Argyle (1987) a suggéré que les circonstances externes ne rendent compte que de 15 % de la variance dans les rapports du bien-être subjectif. Du fait de ces effets très faibles, les chercheurs se sont alors tournés vers des domaines allant de « haut vers le bas » pour expliquer la variabilité dans le bien-être subjectif notamment les structures à l'intérieur de la personne qui déterminent comment des événements et les circonstances sont perçus.

4.2. Influences du haut vers le bas (Top-down)

Plusieurs types de théories s'efforcent de rendre compte des facteurs à l'intérieur de la personne qui agissent sur le bien-être subjectif. Nous examinerons tour à tour les théories de la personnalité, la théorie de la dissonance et la théorie des buts.

4.2.1. Les théories de la personnalité comme facteur du bien-être subjectif

La personnalité est l'un des prédicteurs les plus forts et les plus consistants du bien-être subjectif. Un certain nombre de théories différentes ont tenté d'expliquer pourquoi. Dans les sections suivantes, nous passerons d'abord en revue les données montrant que le bien-être subjectif a les propriétés d'une disposition. Nous examinerons ensuite quels sont les traits de la personnalité adulte qui sont corrélés de la manière la plus fiable au bien-être subjectif.

1°) **Prédisposition du tempérament pour le bien-être subjectif.** Un premier modèle conceptuel qui a tenté d'expliquer le lien entre la personnalité et le bien-être subjectif repose sur l'idée que quelques individus ont une prédisposition génétique à être heureux ou malheureux. Cette prédisposition est supposée être causée par des différences individuelles innées dans le système nerveux.

Mais ce modèle est de peu d'intérêt pour ce qui nous préoccupe puisqu'il accorde peu d'importance à l'action du milieu et à l'éducation

2°) Traits et dispositions cognitives associés au bien-être subjectif. Les traits de personnalité qui, au départ, ont reçu le plus d'attention théorique et empirique en relation avec le bien-être subjectif sont l'extraversion et le névrotisme. Costa et McCrae (1980) postulent que l'extraversion influence l'affect positif, tandis que le névrotisme influence l'affect négatif. Cependant, l'extraversion et le névrotisme ne sont clairement pas les seuls traits reliés au bien-être subjectif et ne sont pas les plus importants. Les principaux traits étudiés actuellement sont l'estime de soi, l'optimisme et les perceptions de contrôle. Selon Diener et Diener (1999) l'individu heureux est celui qui est extraverti, optimiste, plein d'estime de soi et libre de préoccupations (voir aussi DeNeve & Cooper, 1998). Examinons brièvement chacun de ces facteurs :

a) L'estime de soi

L'estime de soi est reliée au bien-être subjectif, du moins dans les sociétés occidentales. Les individus utilisent de nombreuses stratégies cognitives pour maintenir leur estime de soi notamment la tromperie de soi ou la dévalorisation des domaines où ils ne se sentent pas compétents. La découverte que les mesures d'estime de soi sont fortement corrélées au bien-être subjectif est souvent constatée dans les pays occidentaux, mais Diener et Diener (1995) ont montré que cette relation n'est pas universelle. Dans une étude trans-culturelle de la relation entre l'estime de soi et la satisfaction de la vie, ils ont trouvé que la corrélation entre les deux construits est plus basse dans les cultures collectivistes. La relation entre l'estime de soi et la satisfaction de la vie est plus forte au États-Unis qu'à Hong-Kong, ce qui signifie qu'un regard favorable sur soi peut ne pas être un prédicteur tout-puissant du bien-être subjectif dans les cultures qui valorisent le groupe par rapport à l'individu.

b) L'optimisme

Une autre caractéristique mentionnée comme un corrélât du bonheur est l'optimisme. Scheier et Carver (1985) ont développé une théorie de l'optimisme dispositionnel dans laquelle les pensées de l'individu sur le futur affectent ses propres circonstances de vie et donc son propre bien-être. Selon leur théorie, l'optimisme représente une tendance généralisée à s'attendre à ce que des événements favorables surviennent dans sa propre vie. Si on s'attend à des résultats positifs, on s'efforcera davantage d'atteindre ses propres buts, tandis que si on s'attend à des échecs on se désengagera des buts qui ont été fixés. Cette configuration de comportements conduits à plus de réussite chez les optimistes que chez les pessimistes et donc à un bien-être supérieur. Selon Seligman (1991), on ne saurait minimiser les conséquences d'être pessimiste. La personne très pessimiste, va probablement au-devant de sérieuses difficultés dans quatre domaines de la vie. D'abord, la dépression la guette. Deuxièmement, elle réussira probablement moins bien dans sa vie professionnelle que ses talents le lui feraient espérer. Troisièmement, sa santé physique, en souffre, problème qui risque d'ailleurs de s'accroître avec l'âge. Enfin, sa vie est tout simplement moins agréable qu'elle ne devrait l'être. Être pessimiste rime avec tristesse.

c) Les attentes de contrôle

Les attentes de contrôle, corréler aussi avec le bien-être subjectif. Par exemple, Lachman et Weaver (1998) ont trouvé que les effets de bas revenus sur le bien-être étaient modérés par les croyances de contrôle. Les individus s'attribuent parfois un contrôle personnel sur les événements de leur vie mêmes sur ceux qui sont dus au hasard, ce qui génère chez eux ce que l'on appelle une « illusion de contrôle ». Ils agissent effectivement souvent comme s'ils avaient une part de contrôle dans des situations qui ne sont pourtant liées qu'au facteur chance, ce qui démontre qu'ils ont donc également tendance à surestimer leur degré de contrôle et ce, même lorsqu'il s'agit de tâches ou d'événements totalement dus au hasard. Ces illusions de contrôle sont associées au bien-être subjectif ;

d) Les illusions positives favorisent-elles la santé mentale ?

Comme nous l'avons signalé plus haut, Taylor et Brown (1988) ont suggéré que les individus possèdent des illusions positives qui comprennent des perceptions de soi positive irréalistes, des conceptions du futur qui sont très optimistes, et une surestimation du contrôle sur leur environnement. Ces illusions semblent favoriser non seulement le bien-être subjectif mais aussi d'autres qualités positives telles que prendre soin des autres et l'habileté à s'engager dans des travaux productifs.

Dans la même logique, Erez, Johnson, et Judge (1995) ont trouvé que ceux qui ont une disposition positive tendaient à utiliser plus de tromperie de soi, ce qui en fait accroissait leur bien-être subjectif. Seidlitz et Diener (1993) ont trouvé que les individus heureux peuvent se rappeler plus de bons événements et que la raison principale pour ceci est qu'ils encodent initialement d'une façon positive plus d'événements de leur vie.

Une fois que ces événements sont stockés en mémoire, les individus qui ruminent sur les événements négatifs doivent probablement avoir un bien-être subjectif inférieur.

4.2.2. Les théories de l'autorégulation

La notion d'autorégulation fait référence aux façons selon lesquelles les individus contrôlent et dirigent leurs propres actions. Les composants importants de l'autorégulation sont 1) la fixation d'un but ou d'un standard quelconque que l'on s'efforce d'atteindre, d'égaliser voire de dépasser ; 2) les actions dirigées vers l'atteinte de ce but et 3) l'enregistrement et l'évaluation en cours des activités dirigées vers le but. Une fois le but fixé, qu'il soit positif ou négatif, les individus comparent automatiquement leurs résultats ou états actuels et en cas de décalage ils ajustent leur comportement. Pour se conformer comportementalement au standard, ils comparent leur comportement avec le standard idéal, et décident soit qu'ils ont rencontré le standard soit qu'ils ne l'ont pas fait ; ce processus est appelé feed-back. Les individus continuent à ajuster et à comparer dans des cycles de feed-back jusqu'à ce qu'ils rencontrent le standard ou jusqu'à ce qu'ils abandonnent. Les buts sont eux-mêmes une fonction des besoins, des motifs et des valeurs des individus. Ils peuvent être explicites et spécifiques, comme lorsqu'un individu décide de perdre deux kilos sur une période de six mois et que l'on met en oeuvre une stratégie pour y parvenir ; ou ils peuvent être plus généraux, comme le désir d'être perçu comme quelqu'un de compétent.

Cette conception de l'autorégulation du comportement a été sous-jacente à de nombreuses explications du bien-être subjectif. En 1985, Michalos a proposé une théorie de la satisfaction de la vie qu'il a appelé théorie de la « **discrédance multiple** ». Selon cette théorie, les individus se comparent eux-mêmes à de multiples standards qui peuvent être soit les autres individus, soit les aspirations, soit enfin les buts. Les jugements de satisfaction sont alors basés sur les décalages existant entre les conditions actuelles et ces standards. Un décalage qui implique une comparaison ascendante, c'est-à-dire, dans laquelle le standard de comparaison est supérieur à l'état existant, produira une satisfaction diminuée, tandis qu'une comparaison descendante dans laquelle on dépasse le standard produira une satisfaction accrue. Plusieurs théories ultérieures du bien-être subjectif ont poursuivi cette idée. Il s'agit des théories de la comparaison sociale, des aspirations modestes et des buts.

1°) La théorie de la comparaison sociale et le bien-être subjectif.

Les premiers modèles de la comparaison sociale ont souligné les effets de contraste dans l'explication des influences de la comparaison sociale sur le bien-être subjectif. L'idée était que nous devrions être heureux si les proches sont pires que nous, et malheureux si les proches sont meilleurs. Dans les années récentes, cependant, les théories de la comparaison sociale sont devenues plus compliquées, introduisant des variations dans le type d'information utilisée dans la comparaison ainsi que dans la manière dont cette information est utilisée. Dans une définition récente de la comparaison sociale, Wood (1996) a décrit les trois processus principaux impliqués dans la comparaison sociale : (a) acquérir l'information sociale, (b) réfléchir sur l'information sociale, et (c) réagir aux comparaisons sociales. L'information sociale que l'on acquiert peut venir des individus proches, des individus sur lesquels on lit, ou même d'individus imaginés. Le processus de réflexion sur l'information sociale comprend l'observation des similarités, des différences, ou des deux, entre l'autre et soi-même. Finalement, les réactions à la comparaison sociale recouvrent une variété de réponses cognitives, affectives, ou comportementales.

a) L'acquisition de l'information sociale

Elle concerne le choix d'une cible de comparaison. Selon la définition de Wood, ce choix est un processus flexible qui n'est pas seulement déterminé par la proximité ou l'accessibilité des autres personnes. On a, par exemple, trouvé que les élèves, qui obtenaient une mauvaise performance sur un test, réduisaient la quantité de comparaison sociale dans laquelle ils s'engageaient. Brown et Dutton (1995) ont affirmé que les individus « *se comparent eux-mêmes avec les autres lorsqu'ils pensent que cela les fera se sentir bien, mais évitent de se comparer avec les autres lorsqu'ils pensent que cela les fera se sentir mal* » (p. 1292). On a enfin trouvé que les individus heureux tendaient à utiliser seulement des comparaisons descendantes, tandis que les individus malheureux tendaient à se comparer de manière ascendante ainsi que descendante.

b) Réflexion sur l'information sociale

Le second processus impliqué dans la définition de la comparaison sociale de Wood (1996), à savoir la réflexion sur l'information sociale, présente une flexibilité similaire. McFarland et Miller (1994) par exemple, ont trouvé que la personnalité de l'individu influençait la façon dont il utilisait l'information de comparaison sociale. Les optimistes et les non dépressifs tendent à se centrer sur le nombre d'individus qui réalisent moins bien qu'eux, tandis que les pessimistes et les dépressifs se centrent sur le nombre d'individus

qui réalisent mieux qu'eux-mêmes. De ce fait, les individus heureux tendent à être plus positifs lorsque le nombre de comparaisons avec les autres augmente tandis que les personnes malheureuses sont moins heureuses lorsque le nombre de comparaisons avec les autres augmente.

Même lorsque les individus utilisent la même cible de comparaison (c'est-à-dire, que tous utilisent une comparaison ascendante ou que tous les individus utilisent une comparaison descendante), ils peuvent ne pas utiliser cette information de la même façon. La direction de la comparaison n'affecte pas le bien-être subjectif d'une manière consistante ; les comparaisons ascendantes et descendantes ont en elles-mêmes le potentiel d'accroître ou de décroître le bonheur. Par exemple, si une victime du cancer voit que les autres qui ont un cancer vont plus mal qu'elle, elle peut recevoir une augmentation dans son bien-être du fait qu'elle note que ses propres conditions ne sont pas si mauvaises. D'un autre côté, elle peut croire que son cancer peut empirer, et ceci peut décroître ses sentiments de bien-être. D'une manière similaire, voir une personne qui a surmonté un cancer peut soit donner à quelqu'un de l'espoir, soit causer de l'envie.

2°) Le niveau d'aspirations et le bien-être subjectif.

Plusieurs théories explicatives du bien être subjectif ont leur origine dans le cadre de travail des théories du niveau d'aspiration. Le niveau d'aspiration est synonyme de niveau de difficulté du but à atteindre. La théorie de Wilson (1967), ainsi que beaucoup d'autres théories contemporaines (par exemple, Markus et Nurius, 1986 ; Michalos, 1985) ont supposé que le fait avoir un niveau d'aspiration très élevé (devenir un champion, réussir un concours, etc.) constituait une menace principale au bonheur. Ces théories suggèrent que le décalage perçu entre ses propres aspirations et son statut actuel est un déterminant du bien-être subjectif. L'idée est que les niveaux d'aspirations élevés conduisent à être malheureux du fait que la personne est découragée par la grande distance qui sépare là où elle est et là où elle voudrait être. Cependant, il n'y a pas que des hauts niveaux d'aspirations inappropriés qui peuvent être détériorants pour le bien-être subjectif. Des bas niveaux peuvent l'être aussi. Comme l'a montré Csikszentmihalyi (1990), si les niveaux trop élevés conduisent à de l'anxiété, les niveaux trop bas conduisent à de l'ennui. Emmons et Diener (1985) ont montré que le niveau d'aspiration en tant que tel n'était pas un bon prédicteur du bien-être subjectif chez les élèves de collège. Ce n'est pas le niveau absolu de ses propres aspirations qui prédit le bien-être subjectif, mais si elles sont fixées de manière réaliste et si elles sont congruentes avec les ressources personnelles.

Les théories actuelles suggèrent que le processus de se mouvoir vers ses propres aspirations peut être plus important pour le bien-être que l'état final d'atteinte du but (par exemple, Carver, Lawrence, & Scheier, 1996 ; Csikszentmihalyi, 1990). Ainsi, les personnes ayant des niveaux d'aspiration et de bas résultats réels peuvent être satisfaites tant qu'elles font des progrès adéquats vers leur but. En revanche, de basses aspirations peuvent refléter une série d'échecs passés et ne pas prédire des niveaux positifs de bien-être subjectif. Enfin, être très obsédé par les résultats finaux de ses propres aspirations est négativement relié au bien-être.

Kasser et Ryan (1993, 1996) ont trouvé que la probabilité d'atteindre une aspiration est moins importante que le contenu lui-même de l'aspiration dans la détermination du bien-être subjectif. Les aspirations intrinsèques (par exemple, progrès personnel) sont positivement reliées au bien-être subjectif, alors que les aspirations extrinsèques (par exemple, réputation ou argent) sont négativement corrélées avec le bien-être subjectif. Ainsi, la relation entre les aspirations et le bien-être subjectif est complexe, et de hautes aspirations seules ne garantissent pas le malheur.

4.2.3. La théorie des buts

L'étude des buts et de leurs relations au bien-être subjectif a fourni une contribution importante à la conceptualisation théorique du bonheur. Selon ce que Diener (1984) a appelé les théories des buts, les comportements des individus peuvent être le mieux compris en examinant les buts qu'ils poursuivent et la manière dont ils progressent dans leur atteinte. Les types de but que l'on poursuit, leur structure et le taux de progrès vers ses propres buts peuvent tous potentiellement affecter ses propres émotions et la satisfaction de la vie. Le modèle conceptuel général est que les individus réagissent de façon positive lorsqu'ils font des progrès vers leur but et réagissent de manière négative quand ils échouent à atteindre leur but. Ainsi, une idée centrale est que les buts servent comme un standard de référence important pour le système affectif. Nous verrons plus loin que l'émotion ressentie sera d'autant plus forte que le but est important. Auparavant soulignons l'idée essentielle qu'il est important pour le bien être subjectif d'avoir des buts dans sa vie.

1°) L'importance d'avoir des buts

Cantor et Sanderson (sous presse) ont souligné l'importance d'avoir des buts dans sa vie. L'engagement vers une série de buts fournit un sentiment de signification dans sa propre vie quotidienne. Il

peut aider les individus à faire face à différents problèmes de la vie quotidienne et ainsi maintenir le bien-être personnel ainsi que social dans des moments d'adversité. Cantor et Sanderson ont maintenu que les types de but que l'on choisit influencent leurs effets sur le bien-être subjectif : « *le bien-être doit être augmenté lorsque les individus sont capables de poursuivre leurs différents buts personnels lorsque ceux-ci sont intrinsèquement valorisés et choisis de manière autonome, approchés à un niveau réalisable, et facilités dans leur contexte de vie quotidienne* ». Ainsi, les ressources peuvent faciliter le bien-être indirectement en permettant aux individus de poursuivre et d'atteindre des buts importants.

Les événements, les circonstances, et les facteurs démographiques peuvent affecter positivement ou négativement le bien-être subjectif principalement lorsque soit ils interfèrent avec les buts soit lorsqu'ils facilitent le progrès vers eux, mais du fait que les individus ont des buts divers, des ressources différentes prédisent différemment le bien-être subjectif pour des individus différents. Diener et Fujita (1995) ont testé cette idée en mesurant, chez des individus, leurs buts personnels, leurs ressources, et leur bien-être subjectif. Les ressources prédisaient le bien-être subjectif plus fortement lorsque elles étaient pertinentes aux buts de la personne que lorsqu'elles ne l'étaient pas. Les ressources telles que le revenu ou l'apparence physique contribuent plus au bien-être des individus qui ont des buts reliés à ces ressources. Brunstein (1993), a lui aussi montré que les effets des buts d'accomplissement sur le bien-être subjectif étaient médiatisés par le degré d'engagement vers ces buts. De même, Oishi, Diener, Suh, et Lucas (sous presse) ont trouvé que les élèves avec des buts d'accomplissement se sentaient mieux les jours où ils réussissaient bien à l'école et que les personnes ayant de fortes valeurs sociales se sentaient mieux les jours où elles avaient une vie interpersonnelle plus satisfaisante.

Du fait que la possibilité d'atteindre ses propres buts dépende du contexte situationnel, avoir certains buts peut prédire soit le bien-être soit le mal-être, selon les circonstances environnementales. Ainsi, l'influence des buts des individus sur le bien-être subjectif peut dépendre du contexte environnemental. Certains efforts vers les buts peuvent être plus bénéfiques que d'autres efforts vers les buts seulement à l'intérieur de contexte où ces efforts vers les buts doivent probablement être récompensés.

Avoir simplement des buts et avoir les ressources pour poursuivre ses buts n'est cependant pas suffisant pour garantir le bonheur. Les buts peuvent agir comme des standards ou des aspirations. Selon ce point de vue, le bien-être subjectif est considéré comme une aune qui mesure une proximité de l'individu pour ces choses vers lesquelles il s'efforce. Carver et Scheier (1998), par exemple, ont suggéré que les décalages entre les buts et les conditions actuelles dans la vie des individus influencent la quantité d'affect positif et négatif dont ils font l'expérience. Hsee et Abelson (1991) ont trouvé que le taux de progrès vers ses propres buts, plutôt que l'atteinte des buts en tant que telle, était responsable des différences dans l'affect.

Cependant la relation entre les buts et le bien-être subjectif est plus complexe que cette métaphore de l'aune le suggère. Emmons (1986), par exemple, a trouvé que plusieurs caractéristiques spécifiques des buts prédisent le bien-être subjectif, et les différentes caractéristiques influencent l'affect positif, l'affect négatif et la satisfaction de la vie selon des façons différentes. En accord avec la formulation de Carver et Scheier (1998), Emmons a rapporté que l'affect positif est associé avec la rencontre passée des buts, et l'affect négatif est associé à la basse probabilité perçue de réussite dans la rencontre des buts futurs. De plus, Emmons a trouvé que les aspirations des personnes heureuses sont moins organisées de manière cohérente et congruente avec chaque autre que celles des individus moins heureux (Emmons & King, 1988 Sheldon & Kasser, 1995). L'importance que l'on place sur ses propres buts et la quantité d'effort requis pour atteindre ces buts sont associés à l'affect positif. Cependant, dans une série d'études provocatrices, Pomerantz, Saxon, et Oishi (1998) ont rapporté que les individus avec plus de buts qu'ils considéraient comme très importants avaient une satisfaction de la vie, une estime de soi et un affect positif supérieurs mais aussi plus de symptômes d'anxiété. Ceci suggère que croire que ses propres buts sont importants a des récompenses mais peut aussi accroître le stress du fait de la pression accrue pour atteindre ces buts.

2°) Tous les buts ne sont pas égaux en termes de production d'un bien-être subjectif.

Une autre découverte importante est que tous les buts ne sont pas égaux en termes de production d'un bien-être subjectif. Brunstein, Schltheiss, et Grassman (1998) ont trouvé que seulement les progrès vers des buts importants étaient reliés au bien-être subjectif. **L'importance du but** aux yeux de l'individu joue un rôle déterminant dans le bien-être subjectif. Qu'est-ce qui détermine son importance aux yeux du pratiquant? L'idée principale est que le but concret vers lequel s'efforce la personne ne prend de valeur à ses yeux que dans la mesure où il lui offre l'opportunité d'atteindre des buts "**d'ordre supérieur**" valorisés par lui. Ici l'individu ne cherche pas à faire quelque chose mais à être un type de personne idéale. On parle à leur propos

de “ **buts du soi** ”. Le niveau d’estime de soi est la conséquence de l’atteinte ou non de ces buts du soi. Chez la plupart des individus, la conscience de soi est fortement évaluative. Il est difficile pour eux d’être neutres lorsqu’ils à pensent à eux-mêmes. En réalité, ils se mesurent constamment par rapport à des standards. « Suis-je suffisamment habile pour accomplir cette tâche ? » « Est-ce que mon corps est suffisamment svelte et bien proportionné pour attirer les membres du sexe opposé ? » « Si je porte ce type de survêtement, les autres se moqueront-ils de moi pour mon manque de goût ? » « Est-ce que je fais les choses suffisamment bien ? » Le fait d’obtenir des réponses négatives à de telles questions génère une variété d’états émotionnels désagréables. Les individus peuvent se mettre en colère, être déprimés, ou anxieux. Dans tous les cas, il est clair qu’ils veulent généralement arrêter dès que possible de ressentir ces émotions négatives.

Les théories des soi possibles de Markus et de la discrédence du Soi de Higgins fournissent un excellent cadre de travail pour comprendre comment, par exemple, les problèmes de relation avec les autres entraînent des problèmes au niveau du bien-être subjectif. Les deux théories font une distinction à l’intérieur du système de soi entre le **soi actuel** (représentation des attributs réellement possédés) et le **soi idéal** (représentation des attributs qui peuvent être idéalement possédés).

La relation avec les autres concerne le soi social. Le **soi social actuel** peut être défini comme étant l’ensemble des ressources sociales actuelles de l’individu (p.ex. le type, la qualité, et la quantité des relations avec ses pairs). Le **soi social idéal** peut quant à lui être défini comme étant les comptes rendus subjectifs, effectués par l’individu, concernant les ressources sociales idéales (par exemple, le type, la qualité, la quantité de relations désirés avec les pairs).

Les études menées avec les adultes ont montré que les discrédences entre le **soi social actuel** et le **soi social idéal** était fortement associées à des émotions négatives telles que les sentiments de tristesse, de désappointement et de découragement, émotions négatives qui sont généralement associées au sentiment de rejet. Par exemple, le fait de ne pas avoir de meilleur ami, d’être mal accepté par les pairs et d’avoir une mauvaise qualité d’amitié est associé à des sentiments de solitude, d’isolement. Ces émotions découlent de la discrédence entre le désir d’avoir de meilleures relations avec les pairs et le manque de relations désirées avec ceux-ci. Elles peuvent avoir un effet néfaste dans la vie de l’individu. Prenons un exemple hypothétique dans lequel l’affect négatif associé à la discrédence entre le soi social idéal et le soi social actuel motive un changement comportemental qui malheureusement peut entraîner un mauvais ajustement scolaire. C’est le cas d’un élève qui veut être aimé par les membres de sa classe, mais qui est rejeté par eux. En cours d’EPS, ils se moquent de lui, ne le veulent pas dans leur équipe, etc. Pour éviter tout rejet supplémentaire et pour diminuer son exposition aux comportements négatifs que ses pairs dirigent vers lui, il peut chercher à éviter ceux-ci. La stratégie pour réduire la discrédence idéal-actuel au niveau du Soi social peut consister par exemple à éviter le cours d’EPS. La discrédence peut être réduite grâce à l’évitement des indices de la situation qui activent cette discrédence. Ce comportement est consistant avec la littérature sur la dépression et l’ajustement scolaire qui suppose une corrélation significative entre l’affect déprimé et l’absentéisme scolaire. Dans cet exemple, l’absentéisme en EPS est une tentative de l’élève d’éviter les causes des sentiments déprimés. Cet exemple fournit une illustration claire de comment les discrédences idéal-actuel au niveau du soi social peuvent agir sur le mauvais ajustement scolaire.

Prenons maintenant un exemple, dans le sport de haut niveau. Supposons un joueur de football qui vient d’être transféré dans un grand club étranger. Il est en partie rejeté par ses nouveaux coéquipiers qui voient en lui un rival, notamment les avants qui ont l’habitude de jouer ensemble, qui s’entendent bien et qui pensent que leur association risque d’être détruite. Le joueur transféré à grand frais, lorsqu’il est sur le terrain, reçoit peu de ballon venant de ses partenaires chaque fois qu’il fait un appel de balle.

Pour ce joueur la discrédence peut être réduite grâce à l’évitement des indices de la situation (c’est-à-dire faire des appels de balle) qui activent cette discrédence. La stratégie pour réduire la discrédence entre le soi social idéal et le soi social actuel consiste à éviter de faire des appels de balle et à s’isoler sur l’aile. Par ce comportement, il n’est plus confronté à la perception d’un rejet de la part de ses coéquipiers. Cet exemple fournit une illustration claire de comment les discrédences entre le soi social idéal et le soi social actuel peuvent agir sur la performance. En restant isolé sur l’aile, il reçoit encore moins de ballons donc peu d’occasions de se mettre en évidence. Ses mauvais résultats entraînent la perte de sa place de titulaire.

L’importance du but ne dépend pas de la seule possibilité de démontrer sa compétence. D’autres buts, s’ils sont en concordance avec celui-là, peuvent y contribuer notamment les buts de responsabilité sociale, d’appartenance, d’autonomie, etc.

L’engagement vers des buts non importants conduisait à un déclin dans le bien-être émotionnel. L’idée est qu’un individu a certains besoins, qui peuvent être ou ne pas être consciemment appelés, et que

rencontrer ces besoins conduira à un bien-être subjectif supérieur. Cependant, les individus peuvent adopter des buts qui ne sont pas congruents avec leurs besoins, et les succès sur ses buts n'augmenteront pas le bien-être subjectif. Kasser et Ryan (1993) ont trouvé que les personnes qui évaluaient le succès financier comme plus important que l'acceptation de soi, ou que les buts d'affiliation rapportaient un bien-être inférieur. Ils ont trouvé aussi que le bien-être subjectif ne survient pas lorsque les individus font des progrès vers certains buts tels que celui de faire de l'argent. Ils ont expliqué ces découvertes en théorisant que quelques succès sur certains buts rencontrent des besoins humains intrinsèques, tandis que d'autres buts (par exemple la santé, la beauté, et la réputation) sont extrinsèques et ne rencontrent pas les besoins humains fondamentaux. Ainsi, il apparaît que l'influence des buts sur le bien-être subjectif est plus complexe que simplement atteindre ses propres buts. Les buts doivent être appropriés aux motifs et aux besoins de la personne avant que la connexion survienne et doivent être appropriés au contexte de la vie de l'individu.

3°) Importance de la culture pour l'importance du but

Comme Cantor et Sanderson (sous presse) l'ont montré, l'engagement vers des buts est le plus conducteur vers le bonheur lorsque ces buts sont valorisés par la culture ou par les sous cultures dans lesquelles les individus appartiennent. La culture influence les buts que les individus sélectionnent, et ainsi les sources du bien-être subjectif.

Une dimension de la culture qui a été particulièrement utile pour identifier les différences systématiques dans les processus sous-jacents au bien-être subjectif est celle de « individualisme – collectivisme » (Triandis, 1989) ou encore indépendance - interdépendance (Markus & Kitayama, 1991). Cette dimension est caractérisée par le degré selon lequel l'individu considère le soi comme une entité autonome autosuffisante. Dans les cultures individualistes, telles que celles de l'Amérique du Nord ou de l'Europe occidentale, les individus tentent généralement de se distinguer des autres. Par conséquent, les sentiments et les émotions - phénomènes qui sont considérés uniques à l'individu qui les expérimente - pèsent fortement comme des prédicteurs de la satisfaction de la vie (Suh, Diener, Oishi, & Triandis, 1998). Il n'est pas surprenant que, dans ces cultures, les sentiments concernant le soi (c'est-à-dire l'estime de soi) corrélaient fortement avec le bonheur (Diener & Diener, 1995). Dans les cultures collectivistes, en revanche, un but central de l'individu est de ne pas se distinguer des autres mais de maintenir une harmonie avec eux. Les désirs personnels propres sont souvent subordonnés à ceux du groupe. Du fait de l'importance diminuée de la personne autonome, les sentiments, émotions, et autres pensées expérimentées par l'individu sont considérés comme des déterminants moins importants du comportement. Par conséquent, les sentiments sur le soi et les émotions pèsent moins fortement dans les jugements de satisfaction des membres des cultures collectivistes.

Les buts des individus diffèrent fortement à travers les cultures. Ce qui est important pour le bonheur dans une culture doit être moins important dans une autre. Ceci ne signifie pas que le construit de bonheur n'existe pas dans ces cultures ; cela signifie simplement que certains aspects de la vie pèsent différemment du fait que les individus ont des buts quelque peu différents dans différentes cultures. Certains buts, spécialement ceux reliés aux besoins biologiques fondamentaux tels que la faim, doivent probablement embrasser toutes les cultures et doivent donc être partout des déterminants influents du bonheur. Il a été montré que la satisfaction des besoins biologiques fondamentaux est prédicteur du bien-être subjectif à travers diverses cultures. Une fois les besoins biologiques fondamentaux satisfaits, le loisir doit probablement devenir une source importante du bien-être subjectif. Les activités de loisirs peuvent être récompensantes quand leur poursuite intrinsèquement valorisée permet aux individus d'utiliser leurs habiletés et d'interagir avec les amis et la famille (Argyle, 1987). Ainsi, les activités de loisirs qui prédisent le bien-être doivent probablement varier à travers les individus et les cultures. Oishi et al ont trouvé, par exemple, que la satisfaction avec les voyages était un prédicteur plus important du bien-être subjectif dans les sociétés riches que dans les sociétés pauvres. En bref, la culture peut avoir un effet profond sur les causes du bonheur en influençant les buts que les individus poursuivent ainsi que les ressources disponibles pour atteindre les buts.

Emmons (1986) a trouvé que le conflit entre les buts et l'ambivalence vers les buts sont associés à un affect négatif. Ainsi, King (1996) a argumenté qu'un aspect important de l'autorégulation et de l'adaptation est d'utiliser des processus pour réduire le conflit entre ses propres buts. Ainsi, sélectionner des buts compatibles peut être un aspect critique pour atteindre le bien-être subjectif.

Emmons (1986) a trouvé qu'avoir simplement des buts valorisés, indépendants des succès passés, était associé à une satisfaction de la vie supérieure. De plus, les personnes heureuses peuvent sélectionner les buts pour lesquelles elles ont les ressources appropriées (Diener & Fujita, 1995). Autrement dit, il est possible que l'atteinte du but puisse résulter d'un bien-être subjectif ainsi qu'en être sa cause. En revanche,

certains buts sont le reflet d'états négatifs préexistants et donc sont reliés à un bien-être subjectif plus bas. Par exemple, Lapiere, Bouffard et Bastin (1997) ont trouvé que les individus d'un certain âge qui ont des buts reliés à la préservation de soi avaient des sentiments de maîtrise inférieure, tandis que ceux qui avaient des buts reliés au développement de soi se sentaient plus compétents.

3°) Buts d'approche et d'évitement dans le bien-être

Dans le cadre des théories de l'autorégulation, on caractérise à présent les buts en fonction de leur "directionnalité". Il y a ceux qui impliquent un mouvement vers un résultat désiré (on les appelle buts d'approche), et ceux qui impliquent un mouvement d'éloignement par rapport à un résultat non désiré (ce sont les anti-buts ou buts d'évitement) (voir Famose, 2001). Par exemple, le but d'un sportif essayant d'améliorer sa condition physique peut être de "faire un footing trois fois par semaine" ou de "s'éloigner des fast-food". Bien que ces deux buts soient l'un comme l'autre en parfaite cohérence avec le résultat désiré (être en bonne condition physique), le premier se centre sur le fait de tenter d'accomplir ou d'approcher un type de comportement, le second se centre sur celui d'essayer d'éviter un type de comportement.

Ainsi, la manière d'obtenir un résultat peut être caractérisée, soit sous forme d'approche, soit sous forme d'évitement. Autre exemple, une personne qui valorise l'autonomie peut caractériser ce but soit en terme d'approche : "je veux être plus indépendant", soit en terme d'évitement, "je veux être moins dépendant". Bien que ces deux buts reflètent un désir en vue d'un résultat positif, la centration de ce désir diffère. Il est souvent argumenté que cette distinction entre but d'approche et d'évitement est purement sémantique et n'a aucune conséquence pratique sur les résultats reliés au but. Toutefois, certaines données autorisent à penser qu'il existe des bénéfices psychologiques dans le cas d'un but d'approche et que des coûts psychologiques sont associés à des buts d'évitement.

Quelques individus s'orientent plus vers des buts d'évitement que d'autres. Cette proportion peut varier de 0 à environ 70%. Ces différences provoquent aussi des différences dans le bien-être. Emmons (1996) a trouvé que les individus dont les vies sont dominées par des efforts d'évitement rapportent plus d'anxiété et plus de symptômes physiques que les individus dont les vies sont dominées par des efforts d'approche. On a trouvé que les efforts d'évitement étaient reliés au pessimisme, à une basse estime de soi et à la dépression. Des résultats similaires ont été rapportés par Elliott et Sheldon (1997) et par Elliott, Sheldon et Church (1997). Ces derniers ont même trouvé que les individus ayant le plus de buts d'évitement avaient un moindre bien-être que ceux ayant un nombre plus petit de buts d'évitement.

Comment de telles découvertes peuvent-elles être interprétées ? Une hypothèse suggérée pour expliquer que les buts d'approche entraîne un meilleur bien être est que l'approche est plus simple que l'évitement.

5. Les rapports de l'activité physique et de la santé.

Dans la littérature anglo-saxonne, on fait généralement la différence entre plusieurs termes. Le terme activité physique a une signification très large. Il décrit tous les mouvements corporels produits par les muscles du squelette et qui entraînent une dépense d'énergie. Le terme exercice est une sous-catégorie de l'activité physique. Il est volontaire, planifié, structuré, répétitif, et pratiqué dans le but de progresser ou de maintenir un aspect de condition physique ou de santé. Quand au terme de sport il s'agit d'une activité physique qui implique des situations compétitives structurées et gouvernées par des règles. Cependant dans les pays d'Europe, le terme le sport est souvent utilisé de manière plus large pour inclure tous les exercices et activités physiques de temps de loisir.

Ces précisions étant faites, il y a deux manières d'envisager les rapports de l'activité physique et de la santé.

5.1. L'activité physique constitue un facteur de lutte contre la maladie :

L'activité physique régulière a des effets à la fois sur la santé physique et sur la santé mentale. Elle acquiert de ce fait le statut de médecine préventive, voire curative.

5.1.1. Les effets préventifs sur la santé physique:

Selon Orsi (2006), l'activité physique régulière permet les effets corporels suivant:

1°) Prévention des maladies cardiovasculaires, de l'athérosclérose. L'hypercholestérolémie en est souvent la cause, ce qui nécessite un traitement avant tout diététique

2°) Prévention de l'hypertension artérielle. La pratique régulière d'activité aérobie complète généralement les mesures diététiques.

3°) Prévention de l'obésité ; Réduction des surcharges pondérales. L'augmentation du niveau métabolique consécutif à l'entraînement régulier est à la base de cette réduction.

4°) Stimulation de la croissance osseuse chez les jeunes.

5°) Prévention de certains cancers du tube digestif.

6°) Rôle chez les personnes âgées : ralentit l'ostéoporose, entretient la coordination motrice, la mobilité articulaire, l'équilibre postural, la prise d'informations visuelles, auditives.

7°) Abandon ou restriction, grâce à la pratique régulière, de certaines habitudes de vie, facteur important de risque (consommation de tabac, d'alcool, alimentation déséquilibrée). Sur ce point, la sédentarité ne serait pas en soi un facteur de risque pour la santé. C'est surtout dans l'association de la sédentarité, des nouveaux modes de consommation et des rythmes de vie qu'il faut chercher les besoins actuels en matière de santé publique (« regarder la télé et grignoter »).

6°) Stimulation de l'activité immunitaire du corps (bouclier contre les virus, bactéries ou champignons) à condition de ne pas aller jusqu'au bout de ses forces (effets inverses, fragilisation). Des études médicales récentes montrent que pour se prémunir de certaines maladies (grippe) ou combattre une maladie qui couve (rhume) la pratique physique régulière et modérée est bénéfique (petit footing de 30 minutes par exemple). Par contre, on s'expose à une forte aggravation des symptômes si on pratique des exercices violents ou très fatigants. En allant au bout de ses forces, on stresse les cellules, et on risque un affaiblissement des défenses immunitaires sur une période allant de 5 à 24 heures (Congrès médical international de Monaco, 2005).

5.1.2. Les effets sur la santé mentale et la promotion du bien-être psychologique

Bien qu'il soit clairement établi que l'exercice joue un rôle dans la réduction de la maladie physique, il y a aussi un intérêt croissant pour la contribution de l'exercice à l'allègement des problèmes de maladie mentale. Plus précisément, il y a une considération croissante du rôle de l'exercice comme

1°) une thérapie pour le traitement des maladies et désordres mentaux ;

2°) un moyen de faire face et de gérer la maladie mentale ;

3°) un moyen d'augmenter la qualité de la vie pour les malades mentaux ;

4°) un moyen de prévenir le début des problèmes de santé mentale.

Il y a une reconnaissance croissante du malaise mental qui existe dans le public en général, malaise qui se manifeste par la dépression, une basse estime de soi, un stress et de l'anxiété. Ceci est un corrélat des réductions institutionnelles et culturelles dans le niveau d'activité physique et il a été suggéré que l'augmentation de la participation à l'exercice peut avoir un impact substantiel sur l'incidence des niveaux de santé mentale parmi le public en général.

Comme le fait remarquer Orsi (2006) dans la revue EPS, la dimension psychologique de la prévention de la maladie a été minorée en EPS (peu d'apprentissage de la gestion du stress ou de la maîtrise de soi).

1°) effets de l'activité physique sur la dépression

Les données épidémiologiques ont montré que l'activité physique est associée à un risque diminué de développer une dépression cliniquement définie.

Les données issues d'études expérimentales montrent que à la fois l'exercice aérobie et l'exercice d'entraînement à la résistance peuvent être utilisés pour traiter une dépression modérée ou plus sévère.

Les effets antidépresseurs de l'exercice sont de même ampleur que ceux obtenus à partir de certaines techniques thérapeutiques.

Il y a un lien causal entre l'exercice et une dépression diminuée. Aucun effet négatif de l'exercice n'a été noté chez les populations déprimées.

2°) effets de l'activité physique sur l'anxiété

La littérature scientifique suggère que l'activité physique a un effet réducteur modéré sur l'anxiété.

Les études ont montré de manière parfaitement consistante qu'une période d'entraînement à l'exercice peut réduire l'anxiété trait. Les comparaisons entre les effets de l'activité physique et des traitements médicaux sur l'anxiété suggèrent des effets comparables dans la réduction de l'anxiété.

L'entraînement à l'exercice réduit avec succès l'anxiété trait à travers une large série de sous-groupes dans la population, comprenant les individus actifs et inactifs, anxieux et non anxieux, sains et malades (par

exemple ceux qui entreprennent une réhabilitation cardiaque ou qui ont un cancer et une variété de désordres mentaux), et à la fois chez les hommes et les femmes.

L'entraînement à l'exercice a été utilisé avec succès pour réduire l'anxiété trait dans une large série de situations cliniques et non cliniques.

L'entraînement à l'exercice paraît avoir le plus grand effet de réduction de l'anxiété trait lorsque la durée de pratique est d'au moins 10 semaines (avec les plus grands bénéfices au-dessus de 15 semaines).

Les effets réducteurs de l'anxiété trait ne sont pas dépendants des changements dans la condition physique.

Une seule séance d'exercice produira des réductions dans l'anxiété état. Elle aura le plus grand effet réducteur sur l'anxiété état lorsque le type d'exercice est aérobic et rythmique.

5.2. L'activité physique constitue le résultat, le reflet de la santé :

5.2.1. L'activité physique constitue un indice de l'état de santé positive de l'individu.

L'idée généralement admise est que l'activité physique constitue un indice de l'état de santé positive de l'individu. C'est parce qu'il est en bonne santé qu'il pratique du sport ou qu'il fait de l'exercice. Cependant cette vue est un peu restrictive. On peut considérer aussi que, dans certain cas, l'activité physique est un indice de désordres psychologiques chez l'individu. Ce point mérite quelques développements.

5.2.2. L'activité physique peut, dans certains cas, constituer un indice du dysfonctionnement psychologique de l'individu

Les bénéfices mentaux et physiologiques de l'activité physique sont indiscutables. Il y a un fort consensus dans les cercles scientifiques par rapport à la valeur d'intégrer l'activité physique dans les styles de vie réguliers. Cependant, dans certains cas isolés, l'activité physique peut conduire à des états psychologiques indésirables ou nuisibles. Bien que ces états soient pour la plupart transitoires, leur impact peut avoir des dommages irréversibles sur la vie de l'individu. Notre but n'est évidemment pas de faire un réquisitoire contre l'activité physique, mais de discuter simplement des circonstances relativement rares dans lesquelles l'exercice ou l'activité physique peut infliger des dommages substantiels ou même permanents sur les individus physiquement actifs. Il existe des facteurs liés à l'exercice qui sont associés au dysfonctionnement psychologique. Il est espéré que la connaissance et la reconnaissance de ces facteurs peuvent prévenir le développement de comportements d'exercices non sains et leurs conséquences négatives.

On définit le **dysfonctionnement psychologique** comme étant un état indésirable du bien-être psychologique qui a des effets aversifs sur le fonctionnement normal quotidien de l'individu. Il se traduit par **une addiction à l'exercice**. C'est une condition dans laquelle l'exercice devient le composant le plus important de sa propre vie ; l'exercice est pratiqué même quand d'autres engagements sont plus importants ou contre les avis médicaux ; un processus qui a des conséquences négatives à la fois pour l'individu et pour son environnement, comprenant sa carrière et ses relations personnelles. A la différence des pratiquants normaux, les pratiquants en addiction, selon Sachs (1981) doivent plus probablement : a) faire de l'exercice pour une satisfaction interne, b) considérer l'exercice comme la partie principale de leur vie et c) faire l'expérience de fortes sensations de frustration lorsqu'ils sont incapables de faire de l'exercice. La motivation pour l'exercice est une autre caractéristique distinctive entre la pratique normale et l'addiction à l'exercice. Les individus dépendants de l'exercice peuvent être motivés par des renforçateurs négatifs (éviter les symptômes de repliement) et/ou positifs. Cependant, les renforcements négatifs, ou le comportement d'évitement, n'est pas un facteur motivant habituel pour le pratiquant normal. Finalement, en contraste avec le pratiquant normal, la personne dépendante de l'exercice perd le contrôle sur son activité physique (Johnson, 1995).

On parle aussi de **dépendance à l'exercice**. Il s'agit d'un processus comportemental dans lequel le besoin pour l'exercice est si fort qu'il contrôle la vie de l'individu avec des symptômes identifiables sévères tels que la saillance, l'euphorie, la tolérance à l'exercice, les symptômes de repliement, le conflit, la rechute, la perte de contrôle sur les activités de la vie et le comportement d'exercice, des conséquences négatives identifiables, le risque de blessure, l'abandon social, le manque de compromis, et la conscience de problèmes mais leur négation.

De Coverley Veale (1987) a fait une distinction entre la dépendance à l'exercice primaire et la dépendance à l'exercice secondaire:

1°) La dépendance à l'exercice primaire. Il s'agit d'un processus comportemental dans lequel l'exercice réalisé d'une manière compulsive représente une fin en lui-même pour atteindre quelque chose de positif tel que l'euphorie et ou pour éviter quelque chose de négatif tels que les symptômes de repliement sur soi. Une confiance anormale sur l'activité physique est fréquemment appelée **addiction à l'exercice, dépendance à l'exercice ou obligation à l'exercice**. Le terme exercice est souvent remplacé par celui d'activité physique ou par le nom de l'activité, telle que la course, le vélo ou l'escalade. Dans quelques exemples, le concept est référé comme une addiction négative pour faire contraste avec l'idée d'addiction positive qui a été introduite comme une perspective plus favorable. Malheureusement, l'utilisation de la dernière terminologie a conduit à de la confusion dans la littérature scientifique et sera discutée plus tard. La terminologie préférée actuellement est celle de **dépendance à l'exercice**. L'ampleur de la dépendance à l'exercice n'est pas bien connue, mais il est spéculé que seulement un très petit pourcentage de pratiquants réguliers est affecté.

2°) La dépendance à l'exercice secondaire. Il s'agit d'un processus comportemental dans lequel l'exercice pratiqué d'une manière compulsive représente un moyen pour atteindre d'autres objectifs tels que la perte de poids. La dépendance à l'exercice secondaire est une caractéristique commune des désordres de nourriture tels que la névrose anorexique et la névrose boulimique (De Coverley Veale, 1987). Dans ces désordres, un exercice excessif est considéré comme étant une caractéristique auxiliaire utilisée dans le contrôle calorique et la perte de poids. La dépendance à l'exercice secondaire arrive à différents degrés chez les individus affectés par les désordres de nourriture. Il a été estimé qu'un tiers des anorexiques peuvent en être affectés.

3°) Les corrélats de la dépendance à l'exercice

Les chercheurs ont considéré les corrélats de la dépendance à l'exercice mais ont été incapables d'identifier comment et pourquoi il se produit un passage d'un comportement d'exercices « sains » à des comportements d'exercices malsains (Johnson, 1995). La dépendance à l'exercice paraît être positivement corrélée à l'anxiété et négativement reliée à l'estime de soi. De plus, la longueur de l'expérience avec une activité physique particulière paraît être positivement associée à la dépendance à l'exercice. Si l'expérience est associée avec la dépendance à l'exercice, il est raisonnable de penser qu'un changement événementiel majeur dans la vie (ou stress) peut déclencher l'addiction. L'individu affecté peut considérer cette forme de faire face comme saine sur la base de la connaissance populaire concernant les aspects positifs de l'exercice.

Les médias jouent aussi un rôle important dans ce que les personnes croient et attendent de leurs exercices. L'image positive, propagée par les médias, de l'individu pratiquant, fournit un masque derrière lequel quelques pratiquants, avec de sévères détresses émotionnelles, peuvent se cacher. Ainsi une information positive projetée par les médias sur l'activité physique peut être utilisée pour nier l'existence du problème (une caractéristique des comportements d'addiction) et pour retarder sa détection dans les stades avancés lorsque tous les symptômes d'addiction sont présents de manière vivace.

4°) Les causes possibles de l'addiction aux activités physiques

a) Explications physiologiques

Bien que les symptômes de l'addiction à l'exercice puissent être reconnus, les causes de la dépendance à l'exercice sont loin d'être claires. Un certain nombre d'hypothèses ont été avancées. Une hypothèse populaire est celle de l'endomorphine. Selon ce modèle, les exercices stimulent la production de l'endomorphine, un opium naturel dans le cerveau, qui induit des sentiments d'euphorie. Cette hypothèse qui considère les pratiquants comme des consommateurs de drogue est fortement remise en cause actuellement. En vérité, il y a des données psycho pharmacologiques qui vont à l'encontre de cette explication. De plus, il y a un manque de corrélation entre la dépendance à l'exercice et l'immunoréactivité aux endorphines. Finalement, l'obstacle biologique présenté par la barrière du sang du cerveau dans le transport de l'endomorphine périphérique au cerveau argumente aussi contre cette hypothèse de l'endomorphine.

Une explication physiologique plus plausible, l'hypothèse de l'activation sympathique a été proposée par Thomson et Blanton (1987). Selon ce modèle, l'exercice régulier conduit à une activation sympathique diminuée au repos ; cette adaptation entraîne un état léthargique avec le manque d'exercice. Pour maintenir un niveau optimal d'activation, et pour surmonter l'état léthargique au repos, le pratiquant régulier a besoin de faire de l'exercice pour accroître son niveau d'activation. Les symptômes associés rencontrent les symptômes de la dépendance de l'exercice. Donc, sur le terrain physiologique cette explication peut être plausible.

b) Explications psychologiques

Quelques coureurs essaient de courir pour échapper à leurs problèmes psychologiques (Morris, 1989). Ils sont très peu nombreux et utilisent l'exercice comme un moyen de faire face ou de s'échapper de sérieuses détresses. Comme d'autres personnes, qui se tournent vers la drogue et l'alcool en cas de sévères détresses, les pratiquants peuvent abuser de l'exercice de telle sorte que l'addiction comportementale devienne évidente. Le cas de l'addiction ou de dépendance à l'exercice est cependant très rare à la différence d'autres formes de comportement d'échappatoire.

Dans la partie suivante, nous allons développer cette forme d'addiction à l'activité physique qui consiste à s'échapper de la conscience de soi notamment en cas de stress prononcé.

5°) L'activité physique et la gestion de la menace sur l'estime de soi

Nous exposons ici les idées principales proposées par Baumeister (1991) concernant le phénomène psychologique qui consiste à vouloir « s'échapper de soi-même ». Pourquoi les individus cherchent-ils à s'échapper d'eux-mêmes ? La première raison, et la plus évidente, pour s'échapper de la conscience de soi, est parce qu'une telle conscience est clairement douloureuse. Et elle est douloureuse, lorsque les événements projettent le soi dans une lumière fortement négative, le faisant paraître incompetent, non attirant, immoral. Lorsqu'on se sent stupide, maladroit, inadéquat, non aimable, on veut arrêter de penser à soi. Les personnes préfèrent se considérer elles-mêmes de manière favorable et veulent que les autres les considèrent ainsi. S'entendre dire que l'on n'est pas aussi bon qu'on le pense, ou pas aussi talentueux, ou pas aussi capable, est douloureux. Le résultat est une conscience de soi déplaisante, d'un soi tombant en dehors de ses propres standards et attentes - un état émotionnel fortement indésirable auquel on veut mettre fin ou s'échapper. Ce scénario semble produire un désir soudain et intense de faire quelque chose pour oblitérer la conscience de soi.

L'échec sur une tâche, sur un test ou lors d'une compétition est un type d'événement menaçant. Lorsque tout le monde attend que l'on gagne, cela constitue souvent une menace majeure pour l'estime de soi, car si l'on ne réussit pas cela implique que l'on n'est pas suffisamment bon pour garder l'intérêt du public. Devenir la victime de risée en classe est souvent quelque chose qui diminue sa propre estime, parce cela détériore la propre conception de soi-même. À un niveau plus quotidien, l'estime de soi peut être détériorée par toutes sortes d'échecs ou de mauvaises évaluations, qu'elles viennent des figures d'autorités, des amis, des amoureux, ou même des étrangers. Un tel désappointement peut survenir soit parce que ses propres standards et attentes étaient trop hauts, soit parce que les événements étaient spécialement mauvais. Par exemple, une étude de l'abandon chez les sportifs a montré que la plupart des jeunes étaient sérieusement désappointés et frustrés par leur niveau de performance. Le fossé entre attentes et réalité était énorme. Pour quelques-uns de ces jeunes, le désappointement était dû à l'entraîneur qui était distant et autoritaire, et ainsi les attentes parfaitement normales et raisonnables du jeune n'étaient pas satisfaites.

En bref, les événements qui véhiculent des implications menaçantes vis-à-vis du soi font que les personnes veulent s'échapper. La méthode pour le faire peut être choisie au hasard, basée sur ce qui est immédiatement disponible et suffisamment puissante pour avoir de l'effet. L'activité physique peut être un moyen efficace pour y parvenir. Pour le comprendre, examinons d'abord les processus grâce auxquels on parvient à s'échapper de la conscience de soi.

a) Le processus d'échappement

Baumeister explique comment, selon lui, les individus gèrent de mettre leur esprit en dehors de leur identité. Le soi ne peut pas simplement être éteint comme une lampe. Pour lui, il y a deux manières de s'échapper : la première consiste à s'échapper **vers** et la seconde à s'échapper **de**. Quelques individus veulent s'échapper d'eux-mêmes parce que le soi est devenu lié à des pensées de détresse et des émotions malheureuses. D'autres peuvent désirer s'échapper pour le plaisir de bénéfices, tels qu'obtenir de l'extase ou ressentir le sentiment de flow. Dans les deux cas, le processus de s'échapper de soi partage une caractéristique commune, à savoir un rétrécissement de la conscience.

b) L'activité physique comme moyen pour s'échapper de la conscience évaluative de soi

Selon Baumeister (1991), il y a cinq moyens principaux pour s'échapper de soi : le suicide, le masochisme, l'utilisation d'alcool, la goinfrièrie et l'exercice spirituel. Bien que celles-ci soient des formes particulièrement importantes d'échappement, elles ne sont pas les seules. Toute activité énergique, absorbante peut, en principe, fournir un moyen efficace de s'échapper. Le rétrécissement mental peut être accompli en centrant l'esprit sur les sensations intenses ou sur les mouvements musculaires. Courir et nager, par exemple, semble capable de produire le type d'extase dans laquelle l'esprit cesse de s'engager dans la

pensée significative, abstraite et se centre à la place sur l'effort répétitif impliqué dans l'exercice. Ces activités produisent aussi de la fatigue musculaire qui peut friser la douleur. Comme la douleur dans le masochisme, la douleur dans l'exercice énergique peut préoccuper l'esprit et empêcher les pensées distrayantes connectées à des définitions de soi plus longues à atteindre.

Le danger est un autre moyen efficace d'empêcher l'esprit de vagabonder, et beaucoup de hobbies d'échappement contiennent un élément de danger. L'escalade, le vol libre, les parcours à cheval et les courses de voiture combinent des expériences sensorielles intenses avec un élément de danger et cette combinaison est probablement efficace en dépouillant la conscience de soi ordinaire et significative.

Même si le danger actuel est minimal, la chance de tomber ou de perdre le contrôle rend certaines activités absorbantes. Le ski nautique, le ski sur neige, le surf, le windsurf et les activités similaires requièrent que la personne accorde une attention pour maintenir le contrôle et évitent de tomber. Il semble probable que de telles activités fournissent une échappatoire efficace pour ceux qui les pratiquent, parce que le champ de l'attention est nécessairement restreint aux mouvements immédiats et aux sensations.

c) Centration de l'attention sur un champ de stimulus limité.

La centration de l'attention sur un champ limité de stimuli permet un rétrécissement du champ de la conscience. Lorsque les individus sont concentrés sur leurs actions, l'introduction potentielle de stimuli doit être rejetée de l'attention. Quelques auteurs ont appelé ce phénomène le rétrécissement de l'attention. Il y a comme une « perte du moi », un « oubli de soi », une « perte de la conscience de soi ». « L'oubli de soi » ne signifie cependant pas que dans l'activité une personne perd le contact avec sa propre réalité physique. Les grimpeurs rendent compte d'une augmentation de leurs sensations kinesthésiques, une augmentation soudaine dans des mouvements musculaires ordinairement inconscients. Ce qui est habituellement perdu n'est pas la conscience de son propre corps ou de ses propres fonctions, mais seulement leur concept de soi.

Contrastant avec la vie de tous les jours, l'action d'escalade est étroite, simplifiée, et intérieurement cohérente. Parmi toutes les actions qu'un individu peut entreprendre, les sensations qu'ils peut traiter, les pensées qu'il peut entretenir, les paramètres de l'activité définissent une sous-catégorie étroite de sensations : un homme escaladant un rocher. Le reste du répertoire humain est rendu non pertinent et irritant et est rejeté de ce champ de stimuli simplifié gérable. Les exigences physiques et mentales impliquées dans être sur le rocher agissent comme un écran pour les stimuli de la vie ordinaire, un écran maintenu par une concentration intense et focalisée.

Un grimpeur expert fait référence à ce champ stimulus limité connu comme « le désert sensoriel du grimpeur ».

d) L'échappement de soi chez les supporters sportifs

Une question différente peut surgir pour les spectateurs sportifs. Est-ce que les individus s'échappent d'eux-mêmes grâce à l'investissement émotionnel dans les résultats de leur équipe sportive favorite ou de leur star? Nous pouvons noter des configurations d'échappement chez les spectateurs sportifs. Le supporter rétrécit sa conscience à un tout petit domaine circonscrit d'activité. Le supporter, à la différence des joueurs est essentiellement passif, et ainsi le soi n'est pas impliqué. L'identification avec l'équipe favorite peut remplacer son propre sens de soi quotidien et divertir l'attention de ses propres affaires personnelles.

De plus, l'individualité des supporters de sport est submergée par la communauté de supporters. La perte d'individualité à travers la participation anonyme dans des groupes est une forme importante d'échappement de soi. Il y a une forme de désindividualisation qui survient dans les communautés, où les individus peuvent abandonner les styles personnels d'habillement et de coiffure pour ressembler aux autres – et, dans le processus, d'expérimenter une fusion des soi.

L'irrationalité et la désinhibition ont longtemps été associées aux supporters de sport. Les histoires récentes sur les excès des supporters de sport autour du monde impliquent vandalisme, coup de couteau, saccage, et même tir au fusil au hasard dans la foule des individus. En Italie, le championnat de football de coupe du monde a été gâché par des émeutes et par des combats de rue et des centaines de supporters ont été arrêtés ou déportés. Les supporters de hockey sont des combattants légendaires et pendant cette dernière année, plusieurs bagarres ont eu lieu entre des joueurs. De manière moins destructive, les supporters de football peignent leur corps avec les couleurs de leur équipe.

Une caractéristique de l'échappement sensiblement absente chez les supporters de sport est le manque d'émotion. Le rétrécissement mental est souvent mis en oeuvre dans le but de se débarrasser d'états émotionnels déplaisants, mais les supporters deviennent émotionnellement impliqués dans les parties qu'ils regardent. Une fois encore, ces émotions remplacent celles des vies personnelles et ainsi elles peuvent être compatibles avec le but de s'échapper.

Les activités des supporteurs peuvent fournir le type d'échappatoire fréquente modérée qui remplace le fardeau stressant de vulnérabilité qui accompagne le soi moderne, et la même chose peut être dite pour les autres plaisirs vicariants, tels que regarder des films ou la télévision. Ces activités restreignent l'attention à une sphère limitée enlevant de manière efficace les questions et préoccupations de l'individu de sa vie journalière.

6. Activité physique régulière et maîtrise de soi

6.1. La notion de contrôle de soi : son action contre les conduites déviantes.

Un ensemble de questions se posent concernant les relations qu'entretient l'EPS avec les problèmes sociaux du rapport au corps que sont : l'obésité croissante des enfants, la consommation de drogues, le stress, les conduites à risques, la violence. On pourrait y ajouter un autre problème très actuel, celui du rapport des adolescents avec le dopage. Plus précisément les questions posées sont les suivantes. L'EPS peut-elle avoir un rôle de remède social dans ce domaine ? Que peut proposer une éducation physique et sportive pour fournir des réponses à ces problèmes ? Plus exactement, ces réponses sont-elles communes à l'ensemble de la communauté éducative ou bien l'EPS est-elle à même de développer des outils et des contenus pédagogiques adéquats sans se dénaturer ? En quoi la violence, par exemple, serait-elle plus l'objet d'un cours d'EPS que d'un cours de mathématiques ?

6.2. L'idée d'une force de contrôle de soi

Nous allons aborder ces questions sous un angle certes très spécifique mais qui semble néanmoins particulièrement important par rapport à ces problèmes. Il touche à ce qu'on appelle la fonction exécutive du soi, le contrôle de soi par soi . En quoi cette approche est-elle importante? Les différentes conduites sous-jacentes aux problèmes d'obésité, de consommation de drogues, de stress, des conduites à risques, de la violence, etc. peuvent se comprendre (en partie bien sûr car il n'est pas question de nier le rôle des influences sociales) comme étant un échec de l'autorégulation c'est-à-dire comme une impossibilité d'exercer un contrôle actif sur soi. L'alcoolisme, le tabagisme, l'addiction de drogues reflètent entre autre l'échec de maîtriser ses propres appétits grandissants pour ses substances donnant du plaisir. L'obésité et les désordres de nourriture reflètent l'incapacité de maintenir sa propre consommation de nourriture (spécialement de nourriture grasse) en dessous d'un niveau sensible. La violence reflète souvent l'échec à contrôler ses propres impulsions agressives. Les comportements autorégulés qui consistent à résister à la tentation, inhiber ses impulsions, persévérer en face de la difficulté ou de l'échec, requièrent tous en effet un tel contrôle actif du soi par soi. Les élèves ne peuvent être capables de transcender leurs pulsions instinctives que s'ils exercent sur eux-mêmes un tel contrôle actif.

L'idée qui émerge actuellement de la recherche est que si cette autorégulation échoue, c'est, entre autre, parce que l'élève manque **de ressources de contrôle de soi**. Qu'entend-on par là? La notion de ressource autorégulatrice a été au départ avancée à la suite d'un certain nombre d'observations : c'est souvent, tard dans la soirée, lorsque les individus sont fatigués, que les régimes sont le plus souvent rompus, que les crimes impulsifs sont le plus fréquemment accomplis ; c'est lorsque les individus sont sous le stress que surviennent les rechutes d'addiction et autres ruptures. Ces différentes observations ont conduit à penser que le contrôle de soi semble dépendre d'un certain type de force. Aussitôt d'autres questions se sont alors posées : quelle est la nature de cette force utilisée pour contrôler le soi ? Quand est-elle requise et pourquoi n'est-elle pas plus efficace pour prévenir, dans certains cas, l'échec de l'autorégulation ?

6.2.1. La métaphore du muscle

On décrit cette faculté de contrôle de soi comme ressemblant à la force musculaire. De la même manière qu'un muscle se fatigue pendant l'exercice, la capacité de contrôle de soi semble perdre de son efficacité après avoir été utilisée. Les auteurs suggèrent que les ressources autorégulatrices sont consommées dans les tâches de contrôle de soi et ainsi seulement un nombre limité de comportements peut être contrôlés. Les élèves ne peuvent surmonter qu'un petit nombre d'impulsions en même temps. Lorsque les ressources sont épuisées, ils deviennent moins capables de se contrôler eux-mêmes. Se contrôler soi-même -

spécialement quand ceci implique de surmonter ses propres impulsions, habitudes, ou tendances établies - consomme cette ressource limitée.

6.2.2. Cette force est non spécifique

Une autre idée importante de cette approche est que cette force de contrôle de soi n'est pas spécifique à un domaine. Elle est générale, ce qui signifie qu'utiliser le contrôle de soi pour atteindre un but diminue la force de contrôle de soi globale, laissant moins de ressources de contrôle de soi pour d'autres buts. Ceci est en accord avec la théorie générale sur la manière dont le « coping » avec le stress dans un domaine (par exemple stress dû à un divorce, à une maladie, etc. dans le domaine personnel) peut avoir comme conséquence qu'il est plus difficile d'accomplir d'autres buts dans d'autres domaines (école, travail, sport).

6.2.3. Une période réfractaire

Les actes de contrôle de soi non seulement requièrent l'utilisation de force mais aussi réduisent la quantité de force disponible pour les efforts de contrôle de soi ultérieur. Après leur utilisation, il y a une période réfractaire pendant laquelle les ressources doivent être reconstituées. Ceci n'est pas différent de l'utilisation d'un muscle dans un lever de barres en haltérophilie. Un pratiquant peut généralement les lever pendant une période plus ou moins longue, mais ensuite le muscle devient fatigué et un certain temps de récupération est nécessaire avant que sa force soit restaurée dans son intégralité.

6.2.4. La diminution n'est pas permanente. Elle se restaure après une période de repos

La diminution dans la force de contrôle de soi n'est pas permanente. Les élèves regagnent normalement la force perdue, à condition que les conditions soient favorables. L'effort de contrôle de soi consomme les ressources en plus de temps qu'il n'en faut pour qu'elles soient remplacées. Si les individus sont incapables de remplir à nouveau leur force du fait que les circonstances les empêchent de rester au repos, alors ils peuvent devenir chroniquement déficients dans les ressources et ainsi détériorer le contrôle de soi. La métaphore du muscle suggère ainsi qu'il doit y avoir une période de repos nécessaire, ou au moins une tâche sans effort afin de donner le temps aux ressources de contrôle de soi pour être restaurées.

6.2.5. Comme pour un muscle la force autorégulatrice peut se travailler

Conformément à l'analogie du muscle, il est possible de faire une prédiction supplémentaire. De la même manière que dans le long terme, les muscles gagnent de la force à partir de l'exercice, le contrôle de soi peut aussi être augmenté par l'exercice. Il y a quelques données scientifiques pour appuyer cette idée. Par exemple, les alcooliques qui ont réussi à rompre cette addiction réussissent ultérieurement plus facilement que d'autres à cesser de fumer. Surmonter une addiction peut construire la force nécessaire pour en surmonter une autre. Même à l'intérieur du même problème, les individus qui ont réussi dans une cure de soi y sont parvenu généralement seulement après plusieurs tentatives. Ces données suggèrent qu'un mécanisme plausible pour ce progrès graduel est un accroissement dans la force à travers l'exercice.

6.3. En quoi ce modèle de la force autorégulatrice peut-il être important pour les finalités de l'EPS?

L'implication pour l'EPS de la métaphore du muscle est que les élèves peuvent être capables de développer de meilleures ressources de contrôle de soi grâce à leur utilisation répétée dans le temps du processus de contrôle de soi (de la même manière que lever un poids et un programme d'entraînement peuvent accroître la force musculaire). Si la capacité autorégulatrice est similaire à un type de force, alors comme un muscle on doit être capable de l'accroître dans le temps (en s'exerçant fréquemment) en pratiquant un contrôle de soi ou en apprenant à se réguler soi-même de manière efficace. Bien que les effets à court terme d'effort de contrôle de soi puissent être d'épuiser et de diminuer sa propre capacité, les effets à long terme peuvent être opposés. Un exercice de contrôle de soi fréquent suivi par l'opportunité d'un repos plein et de relaxation permet d'augmenter les ressources autorégulatrices. Inversement, cette capacité doit être vulnérable et devenir faible et incapable si elle n'est pas fréquemment mise au défi. Les individus qui ne

sont pas accoutumés à se contrôler eux-mêmes doivent trouver qu'il est difficile de le faire quand cela devient soudainement nécessaire.

6.3.1. Le contrôle de soi peut mieux se travailler en s'entraînant

Dans une expérience, il a été demandé à des sujets de réaliser, pendant une période de deux semaines, différents exercices de contrôle de soi. Un groupe de sujets devait accomplir des exercices de posture (par exemple, s'asseoir et se redresser en restant le corps raide) et essayer de progresser dans ce domaine. Un autre groupe devait contrôler ses émotions aussi souvent que possible. Avant les deux semaines d'exercice, les participants ont effectué en laboratoire un pré-test de mesure de contrôle de soi et après celles-ci un post-test mesurant l'épuisement des ressources autorégulatrices. En comparant les performances avant versus après la période d'exercice, les chercheurs ont pu montrer que les deux semaines d'exercices ont conduit à des progrès dans le contrôle de soi ce qui n'a pas été le cas pour le groupe contrôle qui n'avait pas fait d'exercice pendant la période de deux semaines. Mais ce qui est intéressant, c'est la nature du progrès réalisé. De la même manière qu'un muscle peut gagner de la force soit sous forme de puissance (pour un effort maximum) soit sous forme de résistance à la fatigue, le progrès dans le contrôle de soi s'est traduit par une augmentation de la résistance plutôt que de la puissance. Les sujets ayant exercé un contrôle de soi résistaient plus à un épuisement ultérieur, mais leur niveau de contrôle de soi ne différait pas de celui du groupe contrôle ou de leur propre niveau initial deux semaines plus tôt. Ces résultats suggèrent que le premier bénéfice d'exercer le contrôle de soi est une plus grande capacité à résister aux effets débilitants de l'épuisement de l'ego.

6.3.2. Le contrôle de soi se travaille mieux par l'exercice physique.

En quoi tout ceci est-il important pour les finalités de l'EPS ? En quoi le contrôle de soi serait-il plus l'objet d'un cours d'EPS que d'un cours de mathématiques ? Bien que les résultats combinés des deux groupes expérimentaux ont montré un bénéfice global du fait d'exercer un contrôle de soi par rapport au groupe contrôle, les résultats n'ont pas été identiques selon le type de tâche pratiquée. La tâche de posture a été la plus favorable pour augmenter le contrôle de soi. Le type d'activité physique peut aussi être important pour développer cette force de contrôle de soi. Une recherche menée par Lakes et Hoyt (2004) a montré qu'un entraînement régulier au Tae Kwon Do avait un effet important sur le développement de cette capacité auto-régulatrice des jeunes. En revanche, celle de régulation des émotions a produit des résultats peu différents de ceux du groupe contrôle sans exercice. Ainsi, si on cherche à augmenter le contrôle de soi, l'exercice consistant à essayer de réguler ses propres sentiments est moins prometteur, du moins pour ce qui concerne l'augmentation des ressources. Il est possible que ceci le soit parce que les individus régulent souvent leurs émotions. Alternativement, cela peut être parce que la régulation de l'affect généralement s'appuie sur des stratégies indirectes (par exemple se distraire soi-même, ou rechercher le plaisir) plutôt qu'un contrôle direct, et ainsi la personne n'utilise pas ses ressources et donc n'exerce pas la capacité de l'ego pour le contrôle. Ceci étant dit, il faut bien se garder de généraliser. L'expérience a montré que le travail intellectuel complexe avait aussi une influence sur l'épuisement des ressources.

Bien que ce modèle soit nouveau et que les résultats de la recherche soit encore parcellaires, on peut penser que l'EPS, de par la nature des pratiques qui sollicitent davantage d'autorégulation de la part des élèves : contrôle moteur, présentation de soi, menace sur l'estime de soi, stratégies de coping, endurance, relation interpersonnelle, etc. est une discipline favorable à un tel développement

6.3.3. La force peut se restaurer plus facilement grâce à certain type de pratique

Bien que des études systématiques soient encore manquantes, les données actuelles indiquent que le sommeil et d'autres formes de repos aident à restaurer les ressources autorégulatrices. En particulier, plus la personne manque de sommeil, plus le contrôle de soi se détériore. Une expérience récente a montré que des méthodes de relaxation aidaient à repousser l'épuisement de l'ego et à restaurer les fonctions du soi. L'épuisement de l'ego peut aussi être contrecarré par des exercices d'auto-affirmation (p.ex. penser de manière favorable sur soi) ou par des expériences émotionnelles positives.

7. Conclusion

Concernant le rôle de l'éducation physique vis-à-vis de la santé nous pouvons partir de la distinction entre l'éducation à la santé et l'éducation pour la santé proposée par Fischer et Tarquino (2006). L'éducation à la santé porte, selon ces auteurs, sur une vision de la santé considérée aussi bien comme bien-être physique que psychique et social. Elle vise à faire acquérir aux personnes de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à leur profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux-mêmes, isolément et collectivement, les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent. L'éducation à la santé a pour but d'aider les personnes à acquérir le meilleur état de santé qu'elles sont susceptibles d'atteindre, compte tenu de leur héritage génétique et de l'environnement dans lequel ils vivent. Elle doit développer le sens de la responsabilité individuelle et collective, car les maladies et accidents sont souvent causés par ignorance, négligence, etc.

L'éducation « pour » la santé est, toujours selon Fischer et Tarquino (2006), orientée sur la personne, dans la mesure. C'est elle qui choisit de s'occuper de sa santé. Elle considère la personne ou la population comme acteur de son projet de santé. Elle implique, au-delà d'une information, une formation, le développement de l'expérience personnelle, des compétences et de la capacité de jugement face aux facteurs du bien-être ou du risque. En effet, l'éducation pour la santé ne peut se faire sans la participation des individus.

C'est dans cette perspective que l'on peut concevoir des objectifs pour que l'éducation physique participe à cette éducation. C'est une approche centrée sur l'élève. Elle consiste à développer les compétences qui aident à la réalisation de l'autonomie en matière de santé et la capacité à mieux comprendre et mieux contrôler les forces personnelles qui déterminent la qualité de vie, dans le but d'agir pour l'améliorer. Compte tenu de ce que nous avons passé en revue dans ce cours, l'éducation physique doit développer chez l'élève sa capacité à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle, augmenter sa confiance en soi et son estime de soi, accroître son contrôle sur soi. Elle doit mettre l'accent sur le développement d'une représentation positive de lui-même et de ses compétences personnelles. C'est un processus de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires de manière à avoir l'impression de contrôler leurs propres vies. Son but est de faciliter la prise de décision en développant une meilleure image de soi et l'estime de soi ; elle repose sur l'idée qu'en développant sa motivation, sa confiance en soi et ses aptitudes, l'individu est mieux à même d'identifier ses propres besoins de santé et d'agir pour les satisfaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Routledge
- Baumeister, R.F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 2, 176-189.
- Baumeister, R.F. (1991). *Escaping the self: Alcoholism, spirituality, masochism, and other flights from the burden of selfhood*. New York: Basic Books.
- Baumeister, R.F., & Cairns, K.J. (1992). Repression and self-presentation : When audiences interfere with self-deceptive strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 851-862.
- Block, J., & Thomas, H. (1955). Is satisfaction with self a measure of adjustment? *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 254-259.
- Bradburn, N.M. & Caplovitz, D. (1965). *Reports of happiness*. Chicago: Aldine.
- Brown, J.D. & Dutton, K.A. (1995). Truth and consequences: The costs and benefits of accurate self-knowledge. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1288-1296.
- Bruchon-Schweitzer, M.L. (2002). *Psychologie de la santé, Modèles, concepts et méthodes*, Paris : Dunod
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being : A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.
- Brunstein, J.C., Schltheiss, O.C., & Grassman, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 494-508.

- Campbell, A., Converse, P.E., & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cantor, N., & Sanderson, C.A. (sous presse). Life task participation and well-being : The importance of taking part in daily life. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C.S., Lawrence, J.W., & Scheier, M.F. (1996). A control-process perspective in the origins of affect. In L.L. Martin & A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Instructions among goals, affect, and regulation* (pp. 11-52). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cogerino, G. (1999). *Apprendre à gérer sa vie physique*. Paris : PUF.
- Colvin, C.R., & Block, J. (1994). Do Positive Illusions Foster Mental Health? An Examination of the Taylor and Brown Formulation. *Psychological Bulletin*, 116, N° 1, 3-20.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial.
- De Coverley Veale, D.M.W. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735-740.
- DeNeve, K.M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being, *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E., & Emmons, R.A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A normothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Eunkook, M.S., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, 276-302.
- Elliott, A.J., & Sheldon, K.M. (1997). Avoidance achievement motivation: A personal goals analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 171-185.
- Elliott, A.J., Sheldon, K.M., & Church, M.A. (1997). Avoidance personal goals and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 915-927.
- Emmons, R.A. (1986). Personal strivings : An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058-1068.
- Emmons, R.A., & Diener, E. (1985). Factors predicting satisfaction judgments : A comparative examination. *Social Indicators Research*, 16, 157-167.
- Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and subjective well-being. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behaviour* (pp. 313-337). New York: Guilford.
- Emmons, R.A., & King, L.A. (1988). Conflict among personal strivings : Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1040-1048.
- Erez, A., Johnson, D.E., & Judge, T.A. (1995). Self-deception as a mediator of the relationship between dispositions and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 19, 597-612.
- Famose, J.P. (2001). *Motivation en E.P.S.* Paris : Editions Armand Colin.
- Fischer, G.N., & Tarquinio, C. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Hsee, C.K., & Abelson, R.P. (1991). Velocity relations: Satisfaction as a function of the first derivative of outcome over time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 341-347.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Johnson, R. (1995). Exercise dependence: When runners don't know when to quit. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 3, 267-273.

- Jourard & Landsman, 1980
- Kasser, T., & Ryan, R.M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kasser, T., & Ryan, R.M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Koralsztein, J.P. (1986). *La santé à l'épreuve su sport*. PUG
- Lachman, M.E., & Weaver, S.L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763-773.
- Lapierre, S., Bouffard, L., & Bastin, E. (1997). Personal goals and subjective well-being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45, 287-303.
- Lakes, K.D., & Hoyt, W.T. (2004). Promoting self-regulation through school-based martial arts training. *Applied Developmental Psychology*, 25, 283-302.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press
- Markus, H.R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Markus, H.R., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- McFarland, C., & Miller, D.T. (1994). The framing of relative performance feedback : Seeing the glass as half empty or half full. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1061-1073.
- McIntosh, W.D., & Martin, L.L. (1992). The cybernetics of happiness: The relation between goal attainment, rumination, and affect. In M.S. Clark (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology* (pp. 222-246). Newbury Park, CA: Sage.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Myers, D.G., & Diener, E. (1995). *Who is happy ?* Psychological Science, 6, 10-19.
- Nordenfeld (1987)
- Oishi, S., Diener, E., Suh, E., & Lucas, R.E. (sous-presse). The value as a moderator model un subjective well-being. *Journal of Personality*.
- Orsi, G. (2006). Santé et bien-être en EPS. *Revue E.P.S.* n° 317, pp. 11-15. Paris : Editions Revue EPS.
- Pomerants, E.M., Saxon, J.L., & Oishi, S. (1998). The psychological tradeoffs of making it personally important: Implications for anxiety and depressive symptoms. Manuscript submitted for publication. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Organisation Mondiale de la Santé (1984). *Health Promotion. A discussion Document on the Concepts ans Principles*. Copenhagen, OMS.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Seidlitz, L., & Diener, (1993). Memory for positive versus negative events : Theories for the differences between happy and unhappy persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 654-664.
- Sheldon, K.M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531-543.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74,482-493.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S.E. (1989). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.
- Taylor, S.E., & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social-psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Taylor, S.E., Collins, R.L., Stokan, L.A., & Aspinwall, L.G. (1989). Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 114-129.
- Thompson, J.K., & Blanton, P. (1987). Energy conservation and exercise dependence : A sympathetic arousal hypothesis. *Medicine and Science in Sports and exercise*, 19, 91-97.
- Triandis, H.C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506-520.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel Publishing.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.

Wood, J.V. (1996). What is social comparison and how should we study it? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 520-537.

World Health Organisation (1964). Basic documents (15th ed., p. 1). Geneva, Switzerland: Author.