

# LA QUALITÉ DE VIE OU L'INTÉRÊT DE LA SUBJECTIVITÉ DE L'OPINION INDIVIDUELLE

MICHÈLE MONTREUIL<sup>1</sup>, EVA TAZOPOULOU<sup>2</sup>, JEAN-LUC TRUELLE<sup>3</sup>

*«Dans l'époque moderne, la transformation des conditions de la vie par la machine, l'agrégation croissante des masses et le gigantesque conformisme collectif qui en sont les conséquences battent en brèche les libertés de chacun»*

Charles de Gaulle (*Mémoires*)

*Abstract.* The authors analyse the concept of “quality of life” and its evolution in current medicine: it's a multifactorial concept with number of domains: psychological, physical, social. This notion of “quality of life” includes different aspects: life satisfaction, subjective welfaring or happiness. The models of “quality of life” are described and a reflection on the evolution of the concept and its practical application are discussed.

## UN CONCEPT EN ÉVOLUTION

En Sciences Humaines, le concept et les échelles d'évaluation de la qualité de vie se développent depuis plus de trente ans dans les pays anglo-saxons ; il a pris une importance grandissante depuis une vingtaine d'années, en France.

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis, dans les années 1950, comme slogan politique, puis étendu à l'univers social et individuel dans les années 1970. En France, dans le secteur de la santé, la notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les Annales de Médecine Interne en 1966. En effet, la qualité de vie a pris une importance croissante dans l'évaluation des soins de santé. Elle correspond à l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société à l'impact global des soins dispensés. Mais, elle recouvre aussi l'étude du bien être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie. Elle prend en compte les états physiques et la situation sociale et psychologique, à partir du point de vue subjectif du patient.

<sup>1</sup> Professeur de psychologie, Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, Université Paris 8, France.

<sup>2</sup> Docteur en psychologie, Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, Université Paris 8, France.

<sup>3</sup> Professeur honoraire de neurologie, service de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier universitaire de Garches, France.

**Correspondance:** Pr M. Montreuil: [michele.montreuil@univ-paris8.fr](mailto:michele.montreuil@univ-paris8.fr)

Ce sont initialement les chercheurs en santé publique, les médecins puis les psychologues qui ont conduit au développement de la notion de qualité de vie, notion qui intègre de manière complexe des concepts comme le bien-être, la santé, la satisfaction. Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la vie des populations et par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales), avec le risque d'affecter le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il devenait alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social des pathologies chroniques. Mais, il était aussi important d'évaluer l'impact des soins et des traitements qui leurs sont associés (Lepège, 1999). Enfin, les professionnels s'interrogeaient sur les effets des divers types de traitement des maladies chroniques en termes qualitatifs (bien-être des patients) plus qu'en termes quantitatifs (nombre d'années de vie gagnées sur la mort et le handicap) (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Ces changements d'attitude des professionnels de santé ne sont pas indépendants d'une prise de conscience des patients qui, de plus en plus, demandent à être associés aux décisions concernant les traitements et les actes médicaux. Les croyances et les attentes des médecins et celles des malades sont parfois bien différentes. C'est pourquoi l'évaluation de la qualité de vie subjective – c'est-à-dire le propre point de vue du patient-acquière une importance essentielle. En outre, les instances politiques et économiques, chargées de réguler les coûts de la santé, tentent de trouver des compromis entre les exigences de qualité des services rendus aux usagers et les contraintes économiques. Le problème délicat de la maîtrise des budgets de santé rend nécessaire l'évaluation systématique de la qualité de vie et notamment sur des aspects du bien-être qui dépendent de la santé de l'individu, dont dérive le concept de: qualité de vie associée à la santé (health-related quality of life).

Ainsi, depuis plusieurs dizaines d'années, certains chercheurs en santé publique considéraient que la qualité de vie devait inclure non seulement l'état fonctionnel «objectif» tel que mesuré par les professionnels de santé, mais aussi le bien-être «subjectif» perçu par les patients, qui sont deux niveaux bien distincts. La première composante correspond en fait à la notion de handicap et doit être exclue du concept de qualité de vie, dont les spécialistes ont de plus en plus recommandé de respecter et de préserver la subjectivité de l'appréciation d'un individu sur sa propre qualité de vie. On utilise, désormais, des critères multidimensionnels de qualité de vie pour évaluer, par exemple, l'efficacité thérapeutique de divers traitements, qu'ils soient médicamenteux ou non médicamenteux tels que la prise en charge sociale, psychologique...

En outre, les échelles de mesure, parties du concept de qualité de vie relié à la santé, prennent aujourd'hui en compte la notion de bien-être et des aspects, tels que la

religion, qui ne sont pas intrinsèquement reliés à la santé et la débordent largement. Cela explique, en partie, pourquoi il existe, actuellement, plus de quatre-vingt échelles différentes de mesure de la qualité de vie (Mac Dowell et Newell, 1996).

Les bases conceptuelles ont été posées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1956. La qualité de vie est alors conçue dans son rapport avec la santé (Health-Related Quality of Life: HRQOL). La santé est définie comme: «un état de bien-être physique, mental et social complet, et non la simple absence de maladie et d'infirmité...». Les questionnaires de santé sont centrés sur la présence ou l'absence de symptômes et sur leur intensité, ils sont très influencés par les évaluations médicales dites «objectives». C'est pourquoi le concept de qualité de vie va évoluer vers la notion de bien être, cette position se situe au-delà de la bonne santé et plus encore au-delà de la bonne santé physique. Comme nous l'avons déjà dit, l'objectif d'une échelle de qualité de vie consiste à ajouter aux évaluations dites objectives, une évaluation subjective, c'est-à-dire par l'intéressé lui-même, de sa propre qualité de vie.

En 1993, un groupe de travail, le «WHOQOL group», réuni sous l'égide de l'OMS, propose la définition suivante: «La qualité de vie se définit comme la perception d'un individu quant à la position qu'il occupe dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lequel il vit et par rapport à ses objectifs, ses attentes, son niveau de vie et ses inquiétudes. Il s'agit d'un vaste concept qui dépend de façon complexe de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des relations sociales et de l'environnement de chaque personne».

Plus récemment, Corrigan *et al.* (2001) précisent: «la satisfaction de vie est un jugement subjectif, de nature cognitive, porté par une personne sur sa situation de vie actuelle, en relation avec ses propres attentes», ce à quoi Steadman-Pare *et al.* (2001) ajoutent: «... (en rapport avec) les propres valeurs, croyances et sentiments que chacun juge importants pour sa propre qualité de vie, par opposition à toute interférence de jugements et d'interprétations extérieurs».

#### LA QUALITÉ DE VIE, UN CONCEPT MULTIFACTORIEL AUX MULTIPLES COMPOSANTES

Nous allons, à présent, tenter de définir les notions de bien-être, de santé, de satisfaction de la vie et de qualité de vie afin de les situer les unes par rapport aux autres.

Le concept de la qualité de vie s'est construit par l'intégration, au fil du temps, de différents indicateurs: le bonheur d'origine philosophique, le bien-être matériel (welfare) d'origine économique et politique, le bien-être subjectif (well-being) d'origine sociologique et psychologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale d'origine psychiatrique.

Ces notions ont contribué à tenté de définir ce qu'est une vie satisfaisante pour un individu donné. La qualité de vie est «une collection de dimensions»

(Bruchon-Schweitzer, 2002). Selon Nordenfelt (1994), la qualité de vie subjective se définit par «le degré de satisfaction et/ou de bonheur global ressenti par l'individu dans sa vie». Le schéma proposé par Nordenfelt (1994) résume bien cette conception additive (Figure 1).

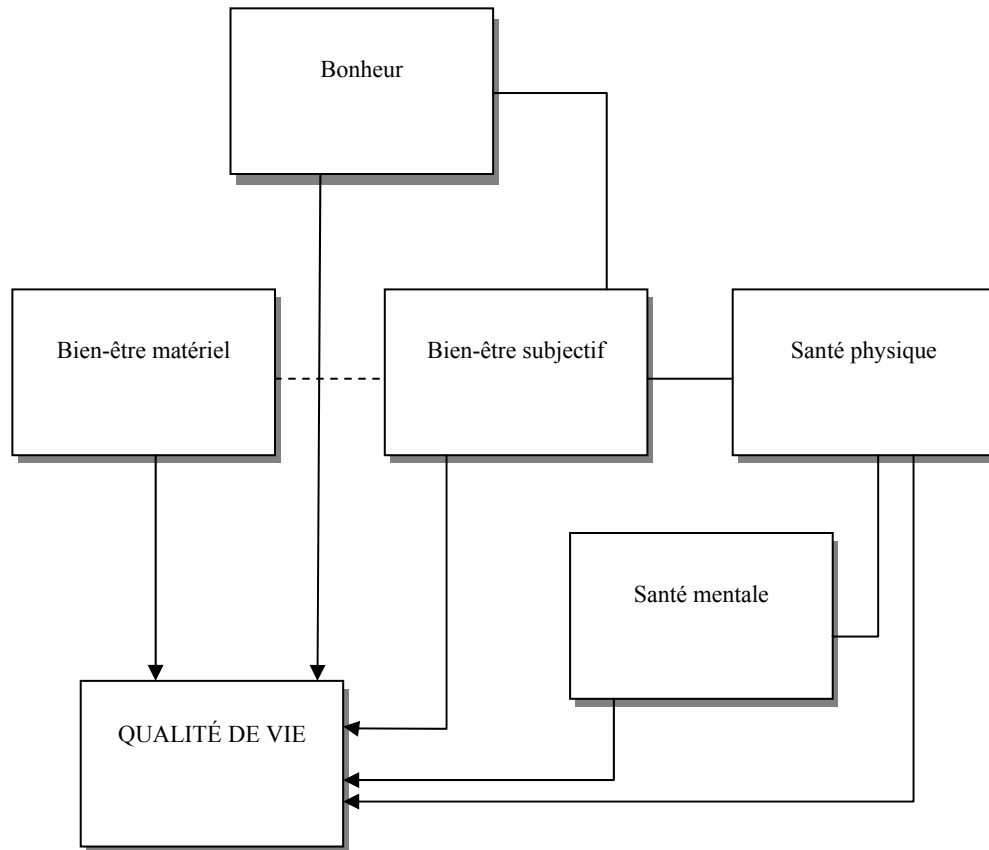


Fig. 1. – Les divers indicateurs de la qualité de vie, décrivant tout ce qui concourt à une qualité de vie satisfaisante (d'après Nordenfelt, 1994).

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines: psychologique, physique ou biologique et social, suivant le modèle bio-psycho-social.

#### LE DOMAINE PSYCHOLOGIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie inclut des émotions et des états affectifs positifs. Pour d'autres, elle impose l'absence

d'affects négatifs, c'est le cas d'une échelle telle que la SF-36 (Ware, 1987) très utilisée sur un plan international, dans le domaine médical. En adoptant ce choix, les auteurs se rapprochent des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi prenant en compte la créativité, le sens donné à la vie, la morale, la vie spirituelle, la compréhension du monde.

#### LE DOMAINE PHYSIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE

À l'intérieur de ce domaine, les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles. La santé physique implique la prise en compte de: l'énergie, la vitalité, la fatigue, du sommeil, du repos, des douleurs, des symptômes et divers autres indicateurs biologiques. Les capacités fonctionnelles incluent: le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et le degré d'autonomie.

On peut évaluer ces deux aspects (santé physique et capacité fonctionnelle) selon deux points de vue: un point de vue «externe» (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles et, un point de vue «interne», seulement accessible par une autoévaluation du patient lui-même, pour atteindre ses représentations, ses perceptions et son vécu subjectif quant à sa santé. C'est ce dernier point de vue, qui, seul, reflète la satisfaction de vie d'un individu.

#### LE DOMAINE SOCIAL DE LA QUALITÉ DE VIE

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. Les évaluations cliniques opposent généralement l'existence d'une vie sociale à l'isolement et au retrait, ceci dans différentes sphères: familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en termes de disponibilité et de satisfaction).

Pour Griffin (1988), il faut prendre en compte la qualité jugée par l'individu et non la quantité des relations sociales des individus, aspect plus objectif. Selon Flanagan (1982), la façon dont un individu évalue ses activités sociales (estime de soi «social», sentiment de réalisation de soi, échec et réussite) est aussi un indicateur d'un bon fonctionnement social. La qualité de vie sociale est généralement évaluée par des échelles génériques.

---

## LES DIFFÉRENTS ASPECTS CONCEPTUELS DE LA QUALITÉ DE VIE

### **La satisfaction de vie**

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, idéaux...). C'est «l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie» (Pavot *et al.*, 1991). Pour Diener (1994), la satisfaction de vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être à son tour déclinée, en domaines plus spécifiques tels que la profession, la famille, les loisirs, la santé, les finances, le soi, le groupe d'appartenance... La satisfaction de la vie est définie comme «une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérances» (Corrigan, 2001).

### **Le bonheur**

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale).

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de «bonheur» depuis les années 1990 (Argyle *et al.*, 1989; Buss, 2000; Eysenck, 1990; Myers, 1995). Selon eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver, fréquemment, des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité).

### **Le bien-être subjectif**

Le bien-être subjectif repose sur trois critères essentiels (Rolland, 2000):

- il est subjectif, c'est une autoévaluation qui ne se réduit pas aux conditions de vie objectives (bien-être matériel, par exemple)
- il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie)
- il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité) mais, il implique la présence d'affects agréables.

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement, comparaison) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychopathologiques, il inclut la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur). Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie. S'il inclut

ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie il ne se confond pas seulement avec le bien-être matériel (Welfare) et il n'est pas entièrement dépendant de la santé.

Nous voyons bien que ces différentes notions ne sont pas exclusives l'une de l'autre et se superposent partiellement. Dans une démarche scientifique, il faut pourtant bien s'entendre sur une définition pour permettre des comparaisons, même si cette définition est appelée à évoluer, surtout lorsqu'il s'agit d'un concept aussi difficile à «capter».

### DÉFINITIONS ET MODÈLES THÉORIQUES

Dans l'ensemble des recherches internationales, deux échelles génériques sont particulièrement utilisées: la SF-36 et la WHOQOL.

La SF-36 (Short Form à 36 paramètres) est un questionnaire auto-administré. Elle est issue de la Medical Outcome Study (MOS) à 149 items. La MOS est une étude d'observation débutée en 1986, comprenant une enquête transversale et une enquête longitudinale auprès de milliers de patients souffrant de diabète, d'hypertension artérielle et d'insuffisance cardiaque. Ces outils sont destinés à l'évaluation des services, des besoins et des traitements. Le point de vue adopté associe celui des professionnels et des patients. Cependant, il faut retenir qu'il s'agit plus d'une mesure de statut de santé et partiellement de qualité de vie liée à la santé que de qualité de vie proprement dite puisqu'elle n'intègre pas toutes les dimensions définies par l'OMS.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a donc construit un outil pour évaluer la qualité de vie dans la population générale de 15 pays: The World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL, 1991) (Caria et Quemada, 1995). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 100 items évaluant six domaines:

- 1) physique (douleur/inconfort; énergie/fatigue; sommeil/repos);
- 2) psychique (sentiments positifs/négatifs; pensée/apprentissage/mémoire/ concentration; estime de soi, image corporelle/apparence);
- 3) social (relations personnelles, soutien social, activités sexuelles);
- 4) environnemental (sécurité physique/sécurité, lieu de vie, ressources financières, soins de santé/prestations sociales, activités de loisirs, transport);
- 5) spirituel (spiritualité/religion/croyances personnelles);
- 6) autonomie (mobilité, activités quotidiennes, dépendance vis-à-vis d'un traitement, capacités de travail).

Le WHOQOL est le fruit d'un ambitieux projet de l'OMS: élaborer un outil qui respecte les différences culturelles, tout en permettant des comparaisons internationales de sujets «tout venant» de la population générale de différents pays. La volonté du groupe de travail de l'OMS est de créer un outil n'omettant pas les

dimensions positives du bien-être et la complexité de ce qui est «subjectif», dimension occultée dans la conception des échelles dite de qualité de vie liée à la santé, telle que la SF36. Le WHOQOL ne réduit donc pas la qualité de vie à la dimension santé et il a une bonne validité. Cependant, ce questionnaire est un outil générique, il n'a pas été conçu pour une pathologie ou une population ciblée et, il est relativement long, en termes de temps de passation, pour des populations cliniques (100 items) (Montreuil, 2009).

La qualité de vie peut également être définie selon différents modèles (Fayers et Machin, 2000).

- Un premier modèle, celui des «préférences du patient», est un modèle qui dérive de l'approche économique et qui est fréquemment employé dans l'évaluation coût/efficacité ou coût/utilité des traitements. Il diffère des autres modèles dans le sens où il comporte explicitement la mesure de l'importance des différentes dimensions de la qualité de vie, et il découle des théories de type «decision-making» (décisions en matière d'action). La théorie économique est fondée sur l'analyse des comportements supposés rationnels. Les individus sont supposés avoir le choix entre des actions, chacune donnant lieu à plusieurs conséquences. Pour un individu, l'utilité d'une conséquence peut être assimilée au niveau de satisfaction subjective que lui procure le fait d'en disposer. Parmi les actions possibles, l'individu ou «décideur» est dit «rationnel» s'il choisit l'action dont «l'utilité» espérée est la plus grande lorsque les choix sont effectués dans un contexte où leurs conséquences ne sont pas certaines mais associées à une probabilité d'occurrence. L'évaluation économique peut ainsi se définir comme l'analyse comparative d'options possibles, sur la base de leurs coûts comme de leurs conséquences. Transposé à la mesure de la qualité de vie, ce modèle théorique conduit à dissocier ce qui relève de la description de l'état de santé de ce qui relève du jugement et de la valeur que les individus lui portent. On suppose alors qu'il n'existe pas des états de maladie et des états de bonne santé, mais des états de santé plus ou moins satisfaisants. Ces jugements individuels de préférences permettent alors de comparer et de classer de tels états. Plus un état de santé est jugé satisfaisant, plus son niveau d'utilité est haut et plus son obtention sera recherchée. Ce concept se traduit par le développement d'indicateurs, toujours composés de deux éléments: un système de classification des états de santé et une fonction de pondération. Le rôle de pondération est de permettre le classement des états et leur comparaison sur une échelle tenant compte des préférences individuelles. La fonction de pondération peut être estimée à l'aide des préférences relevées par les sujets (malades, population générale), ou construite à partir des préférences relevées par des techniques cohérentes avec la science économique ou la psychologie et reposant sur des méthodes statistiques (Le Galès, 2001). Il existe de nombreux index d'états de santé pondérés par les préférences: l'index de Rosser et Kind



(Rosser et Kind, 1978); l'index de Bien-Etre ou Quality of Well-Being Scale (QWB) (Kaplan, 1988); l'EuroQoL (EuroQoL group, 1993), (Mailhan L., 2003).

- Le risque est ici de valoriser l'aspect économique et la satisfaction lié à la rationalité.
- Un second modèle est le modèle «des besoins», la qualité de vie étant définie par rapport aux besoins perçus par les individus. Selon ce modèle, soutenu par Flanagan (1982) puis Hunt et McKenna (1992), chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins. Si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est maximale; s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée. Ces besoins peuvent être l'absence de douleur, l'activité, le sommeil, la sécurité, l'estime de soi, l'affection, l'amour. Le point-clé est alors d'identifier et de comprendre l'importance des besoins perçus par les patients et pas et non pas les besoins identifiés par les soignants. L'échelle des besoins de Flanagan (1982) est issue de ce modèle et comporte 15 domaines identifiés à partir d'éléments rapportés par des sujets sains comme affectant la satisfaction globale (Mailhan, 2003).
- Le troisième modèle est celui «des attentes», il repose sur la notion d'écart décrite par Calman (1984). Il assimile la qualité de vie à l'écart entre les attentes de la personne et ses réalisations effectives : plus l'écart est grand, plus la qualité de vie est altérée (Baudelot, 2003).
- Le quatrième modèle, l'approche communautaire considère qu'il existe une hiérarchie parmi les variables intervenant dans la qualité de vie: au premier niveau, les paramètres lésionnels directement liés à la maladie (source de déficiences); puis l'état fonctionnel et les capacités à réaliser les actes quotidiens (source d'incapacités); au troisième niveau, l'état psychologique et émotionnel puis, de façon plus générale, la perception globale de l'état de santé; enfin, le fonctionnement social et la performance dans les rôles sociaux (source de handicap). Chez les malades, le concept de réintégration à la vie normale met en avant la capacité à s'adapter aux séquelles physiques ou mentales et à réaliser ce qu'ils veulent faire, dans les domaines allant des activités quotidiennes élémentaires aux relations interpersonnelles.
- Enfin, le dernier modèle théorique, élaboré par Moos et Tsu (1977), relie directement la qualité de vie aux réactions de «coping» ou autrement dit aux stratégies d'ajustement. Le cadre théorique initial a été élaboré en vue d'expliquer le déroulement d'une situation de crise engendrée par une maladie ou un événement brutal. Il confirme l'existence de différents facteurs qui vont influencer le dénouement de la crise: ce sont les facteurs personnels (estime de soi), les facteurs liés à la maladie ou à l'incapacité et les facteurs environnementaux (support social, support familial antérieur). Ce modèle rejoint le modèle de Calman (1984) par le biais de l'estime de soi, facteur influençant de

façon directe les stratégies d'adaptation (Gagnon, 1990). L'estime de soi serait, en effet, le reflet de la relation entre l'idéal individuel et le concept de soi actuel.

Une dernière remarque reflète une évolution récente. Particulièrement dans le domaine de la santé, les chercheurs tendent à délaisser les échelles génériques, qui ont l'avantage d'être universellement utilisées et de pouvoir s'appliquer à de multiples situations, au profit d'échelles spécifiques prenant en compte les particularités d'une maladie ou d'une situation donnée. Ces échelles spécifiques ont un domaine plus restreint, mais elles sont plus sensibles et plus pertinentes, pour la situation donnée, que les échelles génériques.

### CONCLUSION

Au-delà des multiples évaluations objectives en sciences humaines et médicales, n'est-il pas indispensable de recueillir l'opinion subjective d'un individu? Dans cette évaluation subjective, le concept de qualité de vie suscite un intérêt croissant.

En effet, évaluer l'évolution d'une maladie ou d'un handicap, ses progrès ou sa régression, l'efficacité d'un traitement ou d'un programme de soins ou encore l'impact d'une institution sur ses usagers, enrichit la compréhension de l'individu au sein de son environnement. Sur un plan sociologique, les enquêtes mondiales dans les différents pays (Truelle *et al.*, 2008) ou d'une époque à une autre constituent quelques exemples de l'utilité pratique de l'évaluation de la qualité de vie.

Cette approche traduit une évolution qui dessaisit partiellement les professionnels de santé du monopole de l'évaluation pour accueillir et prendre en compte l'évaluation de l'utilisateur. Ne s'agit-il pas d'un progrès démocratique et d'une plus grande considération apportée au sujet lui-même par rapport aux évaluations portant sur des grands groupes et dont le caractère normatif ne reflète pas la diversité des individus.

Que penser du chirurgien content de son intervention, si son patient ne l'est pas?

### BIBLIOGRAPHIE

1. Argyle M., Martin M., Crossland J., Happiness as function of personality and social encounters. In Forgas J.P. et Innes J.M. eds. *Recent Advances in Social Psychology*, 1989, North Holland, Elsevier Science Publishers, p. 189–203.
2. Baudelot C., Gollac M., Travailler pour être heureux? Le bonheur et le travail en France. Fayard, 2003.
3. Bruchon-Schweitzer M., *Psychologie de la santé*, 2002, Dunod.
4. Buss D.M., The evolution of happiness, *American Psychologist*, 2000, 55, 1, p. 15–23.
5. Calman K.C., Quality of life in cancer patients: a hypothesis, *Journal of Medical Ethics*, 1984, 10, p. 124–127.

6. Diener E., Assessing subjective well-being. Progress and opportunities, *Social indicators Research*, 1994, 31, p. 103–157.
7. Dijkers M.P., Measuring quality of life: methodological issues, *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, 1999, 78, p. 286–300.
8. Eysenck H.J., The biological dimensions of personality. In L.A. Pervin (ed.), *Handbook of personality, Theory and research*, 1990, New York, Guilford, 10, p. 535–557.
9. Fayers P.M., Machin D., *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*, 2000, Wiley J. and sons (Eds.) Chichester.
10. Flanagan J.C., Measurement of quality of life: Current state of the art, *Archives of Physiotherapy and Medical Rehabilitation*, 1982, 63, p. 56–59.
11. Gagnon L., La qualité de vie des paraplégiques et quadriplégiques: analyse relative à l'estime de soi, *Revue Canadienne de recherche en sciences infirmières*, 1990, 22, n°1, p. 6–20.
12. Kaplan R.M., Toshima M.N., The functional effects of social relationships on chronic illness and disability in B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce eds., *Social Support, an Interactional View*, 1990, New-York, Wiley, 16, p. 427–453.
13. Le Galès C., Approche économique. In *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et applications*. Leplège A. et Coste J. eds., 2001, Paris, Estem, p. 59–86.
14. Leplège A., *Les mesures de la qualité de vie*, 1999, Paris, PUF, coll. Que sais-je?, n° 3506.
15. Mailhan L., *Devenir et qualité de vie des patients traumatisés crâniens sévères et de leur entourage 2 à 7 ans après le traumatisme*, 2003, Thèse de doctorat, Sciences de la Vie et de la Santé.
16. Montreuil M., Élaboration et validation d'échelles spécifiques. In S. Ionescu & A. Blanchet (Eds). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 111–141). 2009, Paris: PUF.
17. Myers D.G., Diener E., Who is happy? *Psychological Science*, 1995, 6, p. 10–19.
18. Moos R.H., Tsu V.D., The crisis of physical illness: an overview. In *coping with physical illness*, R.H. Moos (Eds.) 1977, New York, Plenum Medical Book.
19. Nordenfelt L., *Concepts and measurement of quality of life in health care*, Londres, 1994, Kluwer Academic Publishers, 3, p. 241–255.
20. Pavot W., Diener E., Colvin C.R., Sandvik E., Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures, *Journal Personal Assessment*, 1991, 57 (1), p. 149–161.
21. Rolland J.P., Le bien-être subjectif: une revue en question, *Pratiques psychologiques*, 2000, 1, p. 5–21.
22. Rosser R., Kind P., A scale of valuations of states of illness: is there a social consensus? *International Journal of Epidemiology*, 1978, 7, n° 4, p. 347–358.
23. Tazopoulou E., Truelle J.L., North P., & Montreuil M., Generic or specific measures of quality of life after traumatic brain injury; initial validation of a new specific measure, the QOLBI. *Acta Neuropsychologica*, 2005, 3, 1/2, 13–24.
24. Truelle J.L., von Steinbuechel N., von Wild K., Höfer S., Neugebauer E., Lischetzke T. and the QOLIBRI group. The QOLIBRI towards a quality of life tool after traumatic brain injury: current developments in Asia. *Acta Neurochirurgica* 2008, suppl. 101: 1–5.
25. Ware J.E., Sherbourne C.D., The MOS 36-Item, Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection, *Medical Care*, 1992, 30, p. 473–483.

