

Il est fréquent, chez les peuples africains, d'attribuer la maladie à des esprits malveillants, à une intervention divine (ou diabolique), à des forces surnaturelles et aux ancêtres (on retrouve ces explications dans de nombreuses communautés vivant en Afrique, en Amazonie et dans le Pacifique). En Afrique, c'est le plus souvent un manque de respect pour les ancêtres qui est sanctionné par la maladie, le défunt revenant posséder l'un de ses descendants pour le punir. Mais la maladie peut aussi être attribuée au pouvoir maléfique d'une personne bien vivante. Dans ce cas, le guérisseur devra identifier l'origine de cette influence.

Une autre caractéristique des cultures africaines est leur ancrage dans une communauté. Ainsi la maladie d'une personne n'est pas qu'une affaire individuelle comme chez nous. L'influence néfaste de certaines forces surnaturelles est censée être dirigée également vers la famille et vers la communauté du malade. On connaît assez bien aujourd'hui certaines pratiques thérapeutiques collectives (comme le *N'Doep* au Sénégal) où les sacrifices d'animaux et les danses collectives avec transes sont censés calmer les esprits mauvais et les expulser du corps. Leur fonction est aussi de prendre en charge collectivement le malade et sa maladie.

Marks *et al.* (2000, p. 65-70) citent de nombreux exemples de communautés ayant émigré vers d'autres pays, et notamment aux États-Unis et ayant conservé leurs croyances et pratiques originelles en matière de santé, d'une part pour sauvegarder leur culture, mais aussi en raison d'un accès relativement difficile aux services de soins. Ce phénomène est très largement sous-estimé, semble-t-il, en Amérique du Nord.

Ainsi, le fait de considérer la santé comme une caractéristique individuelle est-il propre aux cultures occidentales. Dans d'autres cultures, les croyances relatives à la santé et à la maladie s'intègrent dans des systèmes de croyances transcendant l'individu (philosophies, religions) : l'état de santé d'une personne dépend de l'équilibre entre des forces caractérisant des ensembles complexes (famille, lignée, communauté, nature, cosmos).

En réalité, les croyances relatives à l'origine des maladies et aux pratiques de soins varient aussi à l'intérieur d'un même pays, en fonction du niveau socio-culturel des individus notamment, mais aussi de leur appartenance religieuse. Un faible niveau d'éducation rend plus probables les explications magiques et externes (chance, destin). Les adeptes de certaines « religions » (témoin de Jéhovah, église de scientologie) rejetteront partiellement ou complètement les soins médicaux, allant parfois jusqu'à mettre en danger la vie de leurs enfants. Dans certains groupes religieux, au contraire (chez les adventistes, par exemple), le corps étant le « temple du Saint-Esprit », il faut prendre soin de celui-ci, ne pas consommer de substances psychoactives, faire de l'exercice et manger de façon équilibrée. Ce sont les diverses conceptions et croyances contemporaines et leur impact sur l'état de santé que nous allons examiner à présent.

## 2 LES CROYANCES RELATIVES À LA SANTÉ ET À LA MALADIE

Du côté des chercheurs dans les sciences de la santé comme du côté des praticiens, on s'est intéressé aux *croyances*, conceptions, représentations et « théories profanes » du grand public en ce qui concerne la santé et la maladie. On pense en effet que ces cognitions déterminent en grande partie les *comportements de santé* des usagers (comportements sains, comportements à risques) et leurs relations avec les professionnels de la santé. Diverses approches en psychologie clinique et en psychologie sociale considèrent que ces croyances, malgré leurs lacunes et leurs distorsions, jouent un rôle essentiel : elles prédisposeraient l'adoption de styles de vie sains ou à risques, elles permettraient aux individus de croire qu'ils contrôlent leur état de santé et d'intégrer la maladie, lorsqu'elle survient dans leur histoire personnelle.

### 2.1 La maladie pour les médecins et pour les patients

Il semble « aller de soi » que la maladie soit pour le patient une expérience subjective et pour le médecin une affection dont il essaye en toute objectivité d'identifier les symptômes, le nom, la cause et d'évaluer la gravité, l'évolution future et les traitements les plus appropriés. Au *XX<sup>e</sup>* siècle, nous avons été complètement imprégnés par le *modèle biomédical*, au moins dans les pays occidentaux et dans les milieux « informés ». Ce modèle est prédominant, sans doute pour plusieurs raisons : il s'inspire de celui des sciences physiques (matérialiste, positiviste) ; il isole le corps malade (voire même certains de ses organes), cette partition étant tout à fait en phase avec un certain individualisme contemporain (Le Breton, 1990) ; enfin, la médecine officielle s'est extrêmement bien organisée au niveau corporatif (ordre...) et s'est bien défendue sur le plan juridique (les médecines alternatives sont illégales). Elle a su apparaître comme la principale responsable des progrès accomplis en matière de santé publique au *XX<sup>e</sup>* siècle.

Selon cette conception, une maladie correspond à un *ensemble de symptômes dus à une pathologie organique sous-jacente*. Ce discours « serait prononcé si fort qu'il nous empêcherait d'entendre les autres » (Herzlich et Pierret, 1984) ! La conception biomédicale serait-elle plus « vraie » que les autres ? Dans un article polémique, Morris (1998) affirme

1. Selon ces auteurs, il y a aussi à propos de la maladie des conceptions historiques, ethnologiques, sociologiques, psychosociales.

que l'objectivité médicale est un *mythe*, partagé par les médecins et leurs patients. Dans la pratique quotidienne, tous sont confrontés à des ambiguïtés, des approximations (tests de laboratoire rarement réalisés de façon impeccable ; diagnostics établis à partir des symptômes subjectifs rapportés par les patients ; conformité imparfaite entre les anomalies supposées et les résultats des examens, etc.). Morris (1998, p. 38) conclut que si l'objectivité est pour la médecine l'un des buts à atteindre, elle n'est pas réalisable, vu les conditions et contraintes qui pèsent sur la pratique médicale quotidienne (dont son coût).

Ainsi, la frontière entre la maladie pour le patient et pour le médecin ne serait pas si évidente. Pour le sida par exemple, les catégorisations diffèrent d'un pays à l'autre. En France et en Europe, on utilise la classification du CDC (*Center for Disease Control*) depuis 1993. On classe les patients en trois catégories : A (asymptomatique), B (symptomatique) ou C (sida), en fonction de divers critères. On est classé dans la catégorie C lorsqu'on présente, outre la séropositivité et un immunodéficit, au moins l'une des pathologies d'une liste (tuberculose, pulmonaire, pneumopathie bactérienne récurrente, cancer invasif du col, etc.). Un nombre de lymphocytes T CD4 + inférieur à 200/mm<sup>3</sup> n'est pas en soi indicateur de sida, contrairement à la classification américaine (Bidan-Fortier, 2001b, p. 159).

Pour diverses maladies (brûlures, ulcères, hernies discales, arthrite rhumatoïde...), certains patients ayant pourtant des lésions objectivement observables n'en souffrent apparemment pas, alors que d'autres consultent et se plaignent, présentant les symptômes subjectifs de ces diverses pathologies sans qu'une atteinte réelle puisse être vérifiée par des examens appropriés. Parfois des individus souffrent d'une pathologie non encore répertoriée médicalement (par exemple du « syndrome de la guerre du Golfe » qui a affecté certains soldats américains ayant servi en Irak en 1991). Ils ne sont pourtant pas moins malades que les autres !

Ainsi, la différenciation classique entre la maladie du patient et celle que diagnostique le médecin est-elle loin d'être claire. Aucune perspective n'est totalement objective ni totalement subjective. Chacun des discours est relatif et construit socialement. Une distinction aussi artificielle ne peut que dévaloriser ce que le patient a à dire à son médecin et nuire à une compréhension réciproque. Ce que les médecins et les malades entendent aujourd'hui par *maladie* n'est guère superposable, ne serait-ce tout d'abord qu'en raison de conventions langagières différentes (« j'ai un rhume » devient une « rhinite », « j'ai mal à la tête » une « migraine » ou une « céphalée »). Dans l'enquête sur la santé des Français menée par Menahem (1992) sur 4 650 adultes des deux sexes, celui-ci renonce très vite à nommer et à classer les différentes atteintes et symptômes en fonction de la taxonomie médicale. C'est auteur décide d'utiliser les dénominations et catégories communes spontanément utilisées par son échantillon (mal d'estomac, mal de tête, rhume, troubles nerveux, mal aux dents, etc.). On trouvera la liste de ces affections et

leur regroupement en catégories dans le chapitre suivant (*cf. infra*, tableau 2.5). Ceci est tout à fait cohérent avec l'objectif de son étude : savoir si des événements de vie vécus pendant l'enfance ont un effet sur la santé à l'âge adulte, selon la perception que les individus en ont.

Dans les cultures anglophones, il existe deux termes distincts pour désigner la maladie : « *disease* » et « *illness* ». Le premier correspond à des troubles organiques objectifs ayant une (ou des) cause(s) et des signes de symptômes identifiables. Le second est utilisé pour désigner l'expérience subjective des patients, qui ne correspond pas forcément à une pathologie vérifiable. On peut prendre comme exemple le mal de dos (ou lombalgie). Sur les patients qui ont réellement une atteinte décelable (hernie discale, arthrite vertébrale), 30 % seulement se plaignent d'avoir « mal au dos » (Morris, 1998). Inversement, chez 70 à 80 % des patients consultant pour des douleurs du rachis, aiguës ou chroniques, on ne trouve aucune cause organique ni fonctionnelle décelable à l'origine de ces plaintes (Koleck, 2000, p. 32).

Pédinielli (1996, 1999) analyse ce décalage entre théories « profanes » et conceptions « savantes » (ou bio-médicales). Il est essentiel selon lui d'étudier les conceptions et représentations des patients (par exemple à propos de la « cause » de leur maladie) pour mieux comprendre comment se constitue l'expérience individuelle subjective de la maladie et quel est le sens de cette maladie pour le sujet. Il lui semble très important, pour les psychologues de la santé comme pour les médecins, de connaître les représentations individuelles des patients et les « théories » de la maladie qu'ils élaborent. Cet intérêt pour l'expérience subjective du patient module bien évidemment l'efficacité de toute intervention thérapeutique ultérieure (compréhension et acceptation du diagnostic et des traitements par le patient, attitude envers les soins, observance et adhésion thérapeutique, adoption de comportements sains, élaboration de stratégies de coping plus ou moins fonctionnelles, etc.).

## 2.2 Les croyances « naïves » en matière de santé et de maladie

À côté de la médecine orthodoxe, de nombreux individus s'adressent à des médecines parallèles, ceci même dans les pays développés (Furnham *et al.*, 1996). Ces auteurs soulignent l'ambivalence du public et son attitude critique envers la médecine officielle (doutes quant à son efficacité ; croyance en l'intérêt d'autres pratiques, au moins pour certaines affections ; croyance en la nécessité de prendre en charge la personne entière ; désir de jouer un rôle actif dans le maintien de sa propre santé). Certains mouvements de consommateurs anglo-saxons ont développé l'idée que la médecine officielle perpétue l'image d'un patient passif. Ils revendiquent un contrôle accru des

usagers sur leur santé (accès au dossier médical, connaissance du diagnostic et des résultats d'examen, etc.).

### 2.2.1 Les « théories profanes » des maladies

Il est tout à fait fréquent de trouver dans les recherches consacrées aux conceptions des malades des termes comme « distorsions cognitives » ou « schémas erronés ». En effet, comme le souligne Pédimielli (1996, p. 138) dans un article consacré aux « théories étiologiques » des malades, il y existe un *important décalage entre les conceptions savantes et les positions étio- logiques individuelles*, ces dernières étant considérées comme *justes ou faus- ses* selon leur conformité aux premières. La médecine, par des programmes éducatifs spécifiques, se donne parfois pour objectif de « corriger » ces conceptions inexactes.

Pour certains spécialistes, il faut en effet combattre les « théories profanes » des malades, théories marquées par la sous-information, généra- trices de conflits et d'opposition aux soins, se traduisant par une mauvaise adhésion thérapeutique. On essaye alors de rappeler aux patients la « vérité médicale » par le biais d'informations et de connaissances censées améliorer leur coopération aux soins (Pédimielli, 1996, p. 138).

Les sujets diabétiques IDDM (ou insulino-dépendants) sont soumis à des traitements contraignants (contrôle du taux d'insuline, injections). Selon une étude de Castro (1991) menée auprès d'enfants diabétiques IDDM, une importante majorité de ces patients présente une faible observance thérapeu- tique. Celle-ci serait due à des *schémas cognitifs erronés*, c'est-à-dire à des représentations simplifiées et rigides de la maladie, qui altéreraient l'adhé- sion thérapeutique, mais créeraient en même temps chez ces sujets une illu- sion d'autonomie, de liberté, mais teintée cependant de culpabilité (cf. Chamberlain et Quintard, 2001).

On connaît bien aujourd'hui le SII (syndrome de l'intestin irritable) qui est un trouble digestif « fonctionnel » comprenant divers symptômes (douleurs abdominales, distension, etc.), sans anomalie anatomique, histologique ni biologique. Il existe des échelles permettant d'évaluer les « conceptions erronées » des patients vis-à-vis du syndrome de l'intestin irri- table (comme le questionnaire de Dancy et al., 1999 ; cf. tableau 1.1). D'après les résultats rapportés par cet auteur, le pourcentage de cognitions erronées dans le grand public vis-à-vis des maladies digestives fonction- nelles est très élevé (68,7 %), il est moindre chez les patients SII, qui ont évidemment une meilleure connaissance des symptômes et des traitements que les sujets tout-venant (25,9 %). Il est curieux de constater que ces distor- sions sont présentes, quoique de façon modérée, chez les spécialistes (7,3 %). Ces distorsions, ainsi que diverses croyances irrationnelles concer- nant l'origine de cette pathologie, caractériseraient les sujets SII et joueraient

un rôle important dans la genèse du « comportement de maladie » (Quintard, 2001, p. 146)<sup>1</sup>.

	Pourcentage de réponses erronées à ces items dans chaque groupe	
	Groupe tout-venant	Patients SII
- Les enfants et les adolescents ne souf- frent pas de SII (F)	43	41
- Le ballonnement est l'un des symptô- mes de base du SII (V)	51	41
- Des antidépresseurs peuvent être pres- crits en cas de SII (V)	91	30
- Il n'est pas rare que des sujets SII aient du sang dans leurs selles (F)	97	30
- Deux fois plus de femmes que d'hom- mes ont une probabilité d'avoir un diagnostic de SII (V)	71	28
- Le côlon forme une partie du gros intestin (V)	56	17
- La maladie inflammatoire de l'intestin est l'autre nom que l'on donne au SII (F)	94	52
- Une perte de poids rapide est recon- nue comme l'un des symptômes fonda- mentaux du SII (F)	9	41
- Les légumes provoquant des flatulen- ces (haricots, brocolis) peuvent aggra- ver les symptômes du SII (V)	63	43
Pourcentage moyen d'erreurs dans cha- que groupe	68,7%	25,9%
		7,3%

Tableau 1.1

Quelques items de l'échelle de conceptions erronées vis-à-vis du syndrome de l'intestin irritable (IBSMS) de Dancy et al. (1999)

Pourcentage de réponses erronées dans trois groupes (tout-venant, patients SII, médecins). Les affirmations ci-dessus sont tantôt vraies (V), tantôt fausses (F). L'échelle complète comprend 17 items.

1. Le comportement de maladie est un véritable syndrome qui se traduit par de fréquentes consul- tations médicales et le recours à des services de soins, une surconsommation de médicaments, l'absentéisme et des plaintes somatiques importantes. Il affecterait 15 % des sujets tout-venant contre 38 % des sujets SII.

Ainsi, la plupart des programmes de prise en charge des patients arthritiques, asthmatiques, lombalgiques, séropositifs ou diabétiques reposent sur l'idée bien ancrée que les patients doivent très bien connaître leur pathologie et leurs traitements afin qu'ils deviennent de véritables « experts » de leur maladie. Pourtant, si une meilleure connaissance de la pathologie aide généralement le patient à mieux gérer son état, un apport d'informations trop massif (et trop spécialisé) peut, notamment chez certains patients, avoir des effets nocifs : exacerbation de la douleur, états anxieux, réduction des activités chez des polyarthritiques (Aguerre, 2001, p. 125).

On commence à s'intéresser, y compris dans les milieux médicaux, aux conceptions que les personnes malades élaborent à propos de leur maladie, non plus pour les combattre, mais pour mieux les comprendre et en tenir compte. On sait aujourd'hui que les croyances des malades déterminent en grande partie leurs conduites en matière de santé (recours à des soins, relations avec les médecins, adhésion aux traitements, etc.). On appelle ces croyances, conceptions et explications des *théories profanes*, notamment lorsqu'elles concernent, plutôt que la maladie en général, sa propre maladie. Ce ne sont pas bien évidemment de vraies théories (ce qui suppose une élaboration scientifique)<sup>1</sup>. « Le malade sait parfaitement ce qui est l'étiopathogénie officielle de sa maladie, mais il cultive en secret une autre théorie (partiellement) contradictoire ou complémentaire » par rapport à la conception médicale (Pédinielli, 1999, p. 56). Il s'agit autant de descriptions de la maladie, d'interprétations des symptômes, d'inférences causales à propos de son origine que de contrôle perçu et de pronostic subjectif. Ces croyances ont été observées de diverses façons, par des techniques objectives ou par des méthodes qualitatives.

### 2.2.2 Études dimensionnelles des croyances des patients

On s'est intéressé à la manière dont les individus se représentent la maladie (en général) et leur maladie en particulier. Le scénario consiste à mener des entretiens semi- ou non-directifs, puis à faire des analyses de contenu (thématiques le plus souvent) à partir des matériaux recueillis. On construit ensuite une échelle à partir des catégories obtenues et on la soumet à un effectif important de sujets (malades ou non). Nous avons trouvé sept études de ce type. Elles donnent des résultats intéressants, quoique non strictement convergents. On observe en général de quatre à huit dimensions, qui concernent le passé (l'histoire de la maladie), le présent et l'avenir de l'affection :

– *attribution causale* (origine et responsabilité de la maladie) ;

1. Il existe des représentations sociales des maladies en général (sida, cancers, cardiopathies). Ce qui nous intéresse ici, ce sont les conceptions élaborées par les individus à propos de leur propre maladie.

– *identification* (nom, symptômes, etc.), gravité perçue et curabilité, traitements appropriés ;

– *contrôle perçu*, durée, variabilité et conséquences de la maladie.

Des échelles ont été construites pour évaluer ces croyances, comme, par exemple, l'IMIQ (*Implicit Models of Illness Questionnaire*), échelle à 38 items élaborée par Turk *et al.* (1986). Mais hélas, l'IMIQ ne donne pas tout à fait les mêmes résultats selon le type d'échantillon auquel il est appliqué, certains facteurs s'avérant stables (attribution causale et responsabilité ; gravité et curabilité), les autres semblant dépendre de facteurs contextuels, comme le type de pathologie par exemple (Schiaffino et Cea, 1995).

Parmi les croyances et représentations que les malades élaborent, c'est bien l'étiologie subjective et le processus d'attribution causale qui en sont les aspects majeurs. La plupart des personnes malades fournissent des explications causales. Selon Taylor *et al.*, (1984), 95 % des femmes atteintes d'un cancer du sein l'attribuent spontanément à une (ou plusieurs) causes : stress (41 %), facteurs carcinogènes biomédicaux ou environnementaux (32 %), hérédité (26 %), alimentation (17 %), coup reçu (10 %). Si l'on pose la question précise de la responsabilité de cette affection, on note une augmentation des attributions internes et externes : « c'est de ma faute » (41 %), « c'est quelqu'un d'autre » (10 %), « c'est l'environnement » (28 %), « c'est le destin ou le hasard » (49 %).

Une étude a été menée par Murray et Mc Millan (1993) sur 700 patients atteints de divers cancers, afin d'évaluer l'importance perçue de 24 causes possibles de leur maladie. Elle montre, d'une part, que les attributions se regroupent en quatre dimensions d'importance décroissante (en termes de variance expliquée) : stress, environnement, facteurs biomédicaux, facteurs comportementaux, et que, d'autre part, un même sujet combine diverses explications (internes et externes). Ces inférences contradictoires permettent aux patients d'être relativement lucides, tout en se préservant vis-à-vis d'une trop forte culpabilité.

D'autres aspects des « théories » des malades ont été étudiés, et notamment le diagnostic subjectif (chaque sujet construit des « prototypes » de maladies à partir de certains signes et symptômes), ce qui implique la création de dénominations et taxinomies personnelles et l'élaboration de diverses croyances concernant la gravité, les lieux du corps concernés, la contagion et le pronostic personnel (Bishop *et al.*, 1988 ; Bishop, 1994).

### 2.2.3 Études cliniques et psychosociales des croyances

Les diverses études « dimensionnelles » précitées ont été vivement critiquées par les approches psychosociales et par la psychologie clinique qui en dénoncent le caractère décontextualisé. Pour Middleton (1996) et d'autres auteurs, cités par Marks *et al.* (2000, p. 256), il est plus important de se centrer sur les

discours des patients, restitués dans leur contexte (par exemple celui d'une interview avec un psychologue de la santé), que sur des croyances générales recueillies sur de grands échantillons et soumises à des analyses dimensionnelles. Le discours, la narration et le récit permettent à chaque malade d'essayer de rendre l'histoire de sa maladie intelligible et contrôlable. Pour Pédinielli (1996, 1999), les théories étiologiques « profanes » (qui coexistent avec les théories savantes) s'expriment mieux dans un contexte facilitant. Il propose de mener des entretiens cliniques centrés sur l'image que le patient a de sa maladie plutôt que de recourir à des échelles à items fermés ou à des consultations classiques qui figent et pré-déterminent certaines réponses.

Divers chercheurs ont donc exploré les « récits » des patients, en tenant compte du contexte (proximal et distal) dans lequel ils étaient produits (Pédinielli, 1996, p. 138-144 ; Marks *et al.*, 2000, p. 256-262). Ainsi, les conceptions des patients sont-elles apparues non plus sous la forme abstraite et générale de dimensions, mais sous forme d'*histoires personnelles* d'une maladie. Ces histoires, bien qu'émaillées de lacunes et distorsions, correspondent aux tentatives de chaque patient pour comprendre et expliquer sa maladie, ces représentations lui étant tout à fait nécessaires pour y faire face (et élaborer des stratégies de coping). Ces approches qualitatives ont permis d'identifier deux questions fondamentales chez les patients, celle des *causes* de la maladie et celle du *sens* de la maladie.

#### 2.2.4 Les causes des maladies<sup>1</sup>

Pédinielli et ses collaborateurs (1996, p. 139-144) ont mené des entretiens (centrés sur les images et représentations que les patients ont de leur maladie) auprès de personnes hospitalisées pour diverses affections (cancers, maladies respiratoires, diabètes, douleurs, sida, sclérose en plaques, maladies digestives, etc.). L'étude portait sur les croyances des patients et leurs relations avec les conceptions médicales. Le matériel a été traité par analyse de discours. Si les conceptions étiologiques naïves font bien référence à des causes « externes » et « internes » (cf. ci-dessous), elles s'organisent aussi en fonction du sens donné à la maladie (châtiment éprouvé, défi, etc.) et peuvent se combiner entre elles.

##### ■ Causes externes

– *Éléments naturels* : contagion, pollution, temps (intempéries), alimentation, etc. Par exemple : un diabétique attribue sa maladie à une surconsommation de sucre.

1. Il est un peu excessif de parler ici de causalité, car il s'agit plutôt de descriptions d'événements qui se succèdent plutôt que de véritables explications impliquant des relations de cause à effet.

– *Événements de vie* : problèmes professionnels et/ou financiers, traumatismes, perte d'emploi, etc. Par exemple : un malade atteint de sclérose en plaques croit que sa maladie a été provoquée par son licenciement et par l'état de choc qui suivit.

– *Relations à autrui* : conflits, échecs sentimentaux, perte d'un être cher, rupture, malveillance (malchance, mauvais sort, etc.). Par exemple : une malade atteinte d'insuffisance respiratoire chronique croit que sa maladie a été consécutive à la mort de son père par suicide (spasme respiratoire à la vue de son cadavre).

##### ■ Causes internes

– *Transmission familiale* : hérédité, terrain prédisposant. Croyance fréquente chez les patients atteints de diabète, de maladies respiratoires ou gastro-intestinales (et cohérente avec les hypothèses bio-médicales).

– *Dysfonctionnement corporel* : trouble (actuel ou ancien) d'une fonction ou d'un organe. Par exemple : certains patients atteints de rectocolite hémorragique croient que cette pathologie est imputable à leur foie.

– *Émotions, caractère* : affects intenses liés à des événements (surprise, peur, chagrin, etc.), caractéristiques caractérielles (sensibilité, culpabilité, dépressivité, etc.). Par exemple : « C'est ma dépression qui m'a provoqué mon diabète », affirme une patiente.

Malgré leur caractère lacunaire, erroné, et le fait que des croyances hétérogènes coexistent souvent, ces conceptions étiologiques ont sans nul doute une fonction : essayer de trouver des causes à sa maladie permet, dans une certaine mesure, d'identifier et d'« apprivoiser » une réalité souvent effrayante et de ne pas être submergé par la détresse. L'élaboration de ces inférences correspond à la mise en place de transactions (sujet-situation) qui favorisent la contrôlabilité perçue et la construction de stratégies de coping. Ceci a très bien été décrit par la théorie du stress de Lazarus et Folkman (1984a). En revanche, cette approche transactionnelle ne pose pas la question du « sens » de la maladie qui apparaît pourtant comme centrale d'après les études narratives.

#### 2.2.5 Le sens de la maladie

De nombreuses études citées par Marks *et al.* (2000, p. 256-262) suggèrent que chaque patient élabore un récit de sa maladie et qu'il tente de rendre son histoire intelligible pour la communiquer à son interlocuteur (son discours pouvant donc varier d'un interviewé à l'autre). Le sujet donne du sens à différents aspects des événements qui prennent ainsi place et signification. C'est une véritable « création » qui peut parfois se présenter comme un roman (cf. encadré 1.1). Plutôt que de décrire les lacunes et incertitudes de

ces récits, de nombreux psychologues essayent d'en comprendre la dynamique, la cohérence ainsi que le lien à l'histoire de l'individu. C'est par exemple ce qu'a fait Middleton (1996) en analysant le discours de parents d'enfants atteints d'insuffisance rénale chronique (construction progressive au cours des entretiens d'une conception de la fonction de parent-soignant).

## ENCADRÉ 1.1

**Cas de Fritz Zorn (1979)**

Celui-ci fait des inférences causales internes concernant l'origine familiale et dispositionnelle de sa tumeur. Il opère en outre une réorganisation temporelle des événements ce qui lui permet d'intégrer sa maladie à l'histoire de sa vie, lui donnant ainsi continuité, cohérence et sens.

Un jeune homme originaire de Zurich et atteint d'une tumeur cancéreuse de la gorge raconte, sous le pseudonyme de Fritz Zorn, l'histoire de sa maladie sous la forme d'un roman : *Mars* (1979). En voici quelques extraits : « Je suis jeune, riche et cultivé et je suis malheureux, névrosé et seul. Je descends de l'une des meilleures familles de la rive droite du lac de Zurich, que l'on appelle aussi la Rive Dorée. J'ai eu une éducation bourgeoise et j'ai été sage toute ma vie. Ma famille est passablement dégénérée, c'est pourquoi j'ai sans doute une lourde hérédité et je suis abîmé par mon milieu. Naturellement, j'ai aussi le cancer, ce qui va de soi si l'on en juge d'après ce que je viens de dire » (p. 33).

[...] « Selon moi, la tumeur, c'était des "larmes rentrées". Ce qui voulait dire à peu près que toutes les larmes que je n'avais pas pleurées et n'avais pas voulu pleurer au cours de ma vie se seraient amassées dans mon cou et auraient formé cette tumeur parce que leur véritable destination, à savoir d'être pleurées, n'avait pas pu s'accomplir » (p. 185-186).

« Je savais que ce n'était pas justement cet hiver que par hasard j'avais contracté le cancer, mais que j'étais déjà malade depuis de très nombreuses années et que le cancer ne constituait que le tout dernier maillon d'une longue chaîne » [...] (p. 188).

La plupart du temps, les patients sont interviewés par des professionnels (médecins, psychologues, etc.) en bonne santé. Cette dissymétrie peut conduire les malades à tenter de légitimer leur statut. La recherche de sens peut parfois correspondre à des tentatives de justification (Radley et Billig, 1996). En analysant les récits de patientes atteintes de cancers du sein, Murray (1997) constate que celles-ci reconstruisent l'histoire de leur maladie en lui affectant un début (le temps de l'innocence), un milieu (diagnostic, traitements) et une fin supposée (généralement l'élaboration d'une nouvelle identité et d'un nouveau départ dans la vie). La plupart d'entre elles considèrent cette maladie comme une expérience positive, qui leur a donné l'occasion de réévaluer ce qui est important dans leur vie et de transformer la détresse initiale en joie de (sur)vivre. De tels scénarii optimistes sont prédominants chez les patients. Ils leur permettent de croire qu'ils contrôlent l'évolution de leur atteinte, et qu'ils sont des acteurs plutôt que des victimes.

Une intéressante étude de Lipowski (1971) menée à l'aide d'entretiens cliniques, auprès de patientes atteintes de cancers du sein, montre la diversité des significations données à cette pathologie. Des conceptions hétérogènes peuvent coexister chez la même patiente (cf. encadré 1.2.).

## ENCADRÉ 1.2

**Une catégorisation des significations données à leur cancer du sein par des patientes (d'après Lipowski, 1971)**

1. La maladie comme défi : la maladie est un challenge à relever (cette évaluation induit généralement une stratégie combative).
2. La maladie comme valeur : la souffrance est perçue comme rédemptrice (attitude stoïque, héroïque).
3. La maladie comme soulagement : la maladie vient donner une réponse et un sens à sa vie (rennaissance) et permet également un moment de répit.
4. La maladie comme stratégie : la maladie est l'occasion d'obtenir des bénéfices secondaires (compassion, soutien, dépendance, etc.).
5. La maladie comme faiblesse : la maladie est perçue comme un échec (ce qui induit honte et culpabilité).
6. La maladie comme perte : l'atteinte à l'intégrité est perçue comme irréparable (ce qui induit détresse et hostilité).
7. La maladie comme ennemie : la patiente se croit envahie par des agents pathogènes (elle peut lutter ou se résigner).
8. La maladie comme punition : la maladie est une sorte de châtiement pour les fautes passées (elle permet l'expiation).

Ainsi, les théories naïves de la maladie correspondent à la recherche d'un (ou de plusieurs) sens où l'identification (quoi), la description (comment) et l'interprétation (pourquoi) sont étroitement imbriquées. Les personnes malades essayent d'intégrer cette histoire à leur histoire individuelle (au prix de remaniements, distortions et reconstructions diverses), ce qui leur permet parfois de s'en servir comme d'un tremplin pour renouer et pour bâtir de nouveaux projets de vie.

**2.2.6 Approches qualitatives et quantitatives des croyances**

L'approche qualitative des récits des patients permet ainsi de comprendre comment les diverses dimensions des croyances (décrites de façon générale par les approches cognitives et différentielles) s'intègrent et coexistent chez un sujet particulier.

Les recherches quantitatives menées sur des échantillons importants ont, pour leur part, contribué à l'élaboration d'outils valides mesurant des

dimensions clairement identifiées (validité de construit). Ces deux approches ne sont pas contradictoires, mais complémentaires : elles ont des objectifs différents et correspondent à des étapes différentes de la recherche. Elles peuvent se féconder réciproquement.

Les croyances naïves vis-à-vis des maladies, loin d'être spontanées, correspondent à un véritable travail d'élaboration psychique chez les patients : recherche des causes, reconstruction temporelle, quête de sens, projets de vie. Leur fonction est très probablement adaptative, ces processus permettant de ne pas être trop submergé par les affects négatifs (colère, détresse, culpabilité, honte, etc.). S'il ne s'agit que d'une première étape (« évaluative », selon Lazarus et Folkman, 1984a), celle-ci est un préalable nécessaire à la construction de véritables stratégies d'ajustements spécifiques vis-à-vis de la maladie et des traitements (cf. *infra*, chap. 5, paragr. 4.). Nous allons examiner à présent dans quelle mesure les croyances et conceptions communes vis-à-vis de la santé peuvent avoir un impact sur les comportements et styles de vie sains ou à risques, ceux-ci étant considérés comme les déterminants essentiels de l'état de santé des individus par de nombreuses approches socio-cognitives.

## 2.3 Les comportements de santé et de maladie

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, les causes de mortalité ont complètement changé, au moins dans les pays favorisés. On meurt essentiellement de maladies cardiovasculaires et de cancers, maladies dues, en partie du moins, à des styles comportementaux à risques. Ainsi, l'attention des chercheurs s'est portée sur les *comportements de santé* et sur leurs prédicteurs. C'est ainsi que divers modèles socio-cognitifs ont été élaborés en psychologie de la santé, considérant les *croyances en matière de santé (health beliefs)* comme le principal prédicteur des comportements de santé.

### 2.3.1 La promotion de la santé

La *promotion de la santé* vise à faciliter la protection et l'amélioration de l'état de santé des individus d'une communauté (accroître leur longévité, améliorer leur qualité de vie, prévenir ou réduire les effets des maladies sur les personnes qui en sont atteintes et sur leurs soignants). Elle intervient à deux niveaux : amélioration des facteurs environnementaux, modification des facteurs comportementaux.

Les interventions *comportementales* ont pour objectif essentiel d'améliorer les styles de vie des individus, ce qui suppose certaines actions pour modifier leurs conceptions, croyances, attitudes et représentations et pour accroître leurs connaissances et informations sur les risques, les causes

et conséquences des maladies<sup>1</sup>. On postule alors que les individus prennent des décisions rationnelles et que ce sont leurs cognitions qui sont à l'origine de leurs actions.

### 2.3.2 Comportements sains, comportements à risque

Il y aurait deux grands types de comportements spécifiques selon Matarazzo et al. (1984) : les *comportements à risque (health-impairing habits)* qui sont pathogènes et accroissent la probabilité d'être malade (fumer, boire de l'alcool, consommer trop de matières grasses ou de sucre, etc.) et les *comportements sains* — ou *protecteurs* — (*health-protective behaviors*), qui diminuent le risque d'être malade (faire de l'exercice, suivre les prescriptions médicales, consulter régulièrement un médecin, dormir suffisamment, mettre sa ceinture de sécurité, se brosser régulièrement les dents, etc.). Selon les croyances communes, il va de soi que ce sont ces comportements qui déterminent l'état de santé des individus ; cette conviction est partagée par de nombreux chercheurs qui considèrent que le critère à prédire n'est pas tant l'état de santé ultime que l'adoption de *comportements sains* ou à risques.

### 2.3.3 L'importance des comportements de santé

Depuis le siècle dernier, les comportements sains sont considérés comme jouant un rôle de plus en plus important quant à l'état de santé des individus.

#### ■ Le déclin des maladies infectieuses

Dans un ouvrage consacré au rôle de la médecine, Mc Keown (1979) rappelle quel a été l'impact de la médecine sur l'incidence décroissante des maladies infectieuses depuis le XVII<sup>e</sup> siècle (tuberculose, pneumonies, diphtérie, rougeole, grippe, variole, coqueluche). L'opinion la plus répandue consiste à attribuer cette diminution aux progrès de la médecine, notamment au XX<sup>e</sup> siècle (médicaments, vaccins, antibiotiques). Cet auteur montre pourtant que le déclin de ces maladies s'était amorcé bien avant la généralisation de ces traitements (cf. l'exemple de la mortalité par tuberculose à la figure 1.2). Selon cet auteur, la très importante diminution des maladies

1. Une intervention cognitive et comportementale de promotion de la santé consistera à apporter des informations et des savoirs (par exemple en hygiène dentaire), à apprendre des techniques aux usagers (comme se brosser les dents), à accroître leurs compétences sociales (choix et décisions plus autonomes) et à améliorer leur contrôle sur l'environnement physique et social. L'implication des psychologues de la santé, spécialement formés à intervenir dans ce domaine (conseils en matière de prévention, entraînements pour améliorer les compétences sociales, thérapies comportementales et cognitives, techniques éducatives et de formation, etc.) est évidemment essentielle.

## EDITORIAL

### **pour une approche quasi-physiopathologique de l'impact de l'Education Thérapeutique**

Gérard Reach, Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie, Hôpital Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et Centre de Recherche en Nutrition Humaine Ile de France, Bobigny, France.

[gerard.reach@avc.ap-hop-paris.fr](mailto:gerard.reach@avc.ap-hop-paris.fr)

On peut observer qu'un patient sur deux ne respecte pas à la lettre les recommandations médicales qui lui sont données et peut donc être considéré comme non-observant (1). Il s'agit d'un problème crucial auquel est confrontée la médecine, en particulier celle des maladies chroniques. La non-observance est-elle la conséquence d'un échec de l'Education Thérapeutique ?

On peut, de même, observer que les patients obèses sont souvent diabétiques. Peut-on se contenter d'observer ce phénomène fâcheux sans essayer d'en comprendre le mécanisme ? A l'évidence, non : une première étape est d'observer que les patients obèses sont souvent résistants à l'action de l'insuline, et que la prise de poids, souvent, entraîne une détérioration de l'équilibre du diabète, ce que l'on attribue à une augmentation de l'insulinorésistance. On a certainement fait un progrès. Mais ce n'est que si l'on comprend comment l'obésité entraîne une insulinorésistance (le mécanisme) – le tissu adipeux sécrète des substances qui s'opposent à l'action de l'insuline (acides gras, résistine, TNF-alpha) ou qui au contraire la favorisent (adiponectine) - que l'on va pouvoir justifier de prescrire des glitazones à des patients diabétiques bien qu'elles entraînent souvent une prise de poids : en fait le tissu adipeux nouveau est capable de stocker les acides gras néfastes et de produire de l'adiponectine ; voici qu'une prise de poids s'accompagne d'une amélioration de la sensibilité à l'insuline et d'une amélioration de l'équilibre du diabète !

L'essai qui va suivre, intitulé *ce qu'il y a dans la tête de Béatrice* (2), est un plaidoyer pour une approche quasi-physiopathologique de l'observance thérapeutique : j'ai tenté d'y esquisser une description des mécanismes mentaux qui conduisent à une action thérapeutique, ce qui devrait permettre de préciser les cibles de l'Education Thérapeutique

- 1) Postel-Vinay N, Corvol P. *Le retour du Dr Knock*, Editions Odile Jacob, 2000
- 2) partie d'une conférence donnée aux 14èmes journées de l'IPCEM, le 18 Juin 2004 à Paris, sur invitation de Jean-François d'Ivernois et de Rémi Gagnayre

## SOMMAIRE

- 1- L'édito de Gérard Reach
- 1- les informations de la SETE
- 1-2-3 L'article de Gérard Reach
- 4- Informations-Actualités

## INFORMATIONS

Le premier Master, Education-Santé habilité en France, dans le domaine de l'éducation thérapeutique... (p 4)

Le numéro 2484 du 26 mai 2004 de Médecine&Hygiène est consacré à l'Education Thérapeutique... (p 4)

La seconde édition de l'ouvrage de J.F d'Ivernois et R. Gagnayre « Apprendre à éduquer le patient » est sortie... (p 4)

## L'ARTICLE de Gérard Reach

### **Ce qu'il y a dans la tête de Béatrice, ou l'essence du diagnostic éducatif**

*Béatrice étalait une épaisse couche de beurre sur la délicieuse tartine chaude, recouvrant le beurre de confiture, et inondait le tout de crème.*

*-C'est du suicide! dit Franck.*

*-Ça m'est bien égal, bredouilla Béatrice, la bouche pleine.*

Somerset Maugham, *Les grosses dames d'Antibes et autres nouvelles*

Les philosophes, rappelle Pascal Engel en citant cet échange entre Franck et Béatrice dans sa préface de *Paradoxes de l'irrationalité* de Donald Davidson, aiment à se demander comment de telles choses, qui semblent défier la rationalité, par exemple s'empiffrer alors qu'en principe on suit un régime, sont possibles. Ils ne se contentent pas de dire : Béatrice suit, ou ne suit pas son régime, parce qu'elle a telle ou telle croyance, concernant sa vulnérabilité ou la perception qu'elle se fait de la gravité de l'obésité - on reconnaît ici le *Modèle des croyances de santé*. Ils commencent par définir le terme même de croyance. Le philosophe Frank Ramsey (1903-1930) dit ainsi : « *En philosophie, nous prenons*

les propositions de la science et de la vie courante et nous nous efforçons de les présenter dans un système logique, avec ses termes primitifs et ses définitions, etc. » (1). C'est important pour l'objectif que je me suis fixé : pourrait-on comprendre la physiopathologie de l'obésité, si on n'a pas d'abord défini les notions d'hormone, de récepteur, de voie métabolique etc.

Il faut donc se demander *ce qu'il y a dans la tête de Béatrice*.

## Il y a des états mentaux dans la tête de Béatrice

On peut en décrire trois types. Il y a d'abord les états définis comme *intentionnels* (2), c'est-à-dire ayant un *contenu* qui a la forme d'une proposition, pouvant être présentée sous différentes *attitudes* : par exemple, la croyance Béatrice *croit* que « *la crème fouettée fait grossir* » est un état mental intentionnel : ici, l'*attitude* est une croyance, et le *contenu* de la croyance est la proposition : *la crème fouettée fait grossir*. La même proposition pourrait être désirée, crainte, regrettée etc. La croyance et le désir représentent le type même des états mentaux intentionnels : on ne peut pas croire ou désirer en soi, sans renvoyer à l'objet de la croyance ou du désir ; on croit ou on désire nécessairement *quelque chose*. Mais il existe également d'autres « états intentionnels » ayant un contenu : des connaissances, des compétences, des perceptions, des souvenirs et des émotions.

Tous ces états mentaux ayant un contenu diffèrent d'un deuxième type d'états mentaux, ayant la forme de sensations purement viscérales, telles, par exemple, que la faim, la soif, la douleur, l'envie d'uriner, ou d'états d'esprit, tels que l'ennui ou le spleen, qui, eux, sont perçus en tant que tels, sans qu'on puisse toujours leur attribuer un contenu (je ne peux pas dire *ce que* j'ai mal). En fait, comme le fait remarquer Jon Elster, les états mentaux sont constitués d'un continuum, « *ayant à un extrême des états non cognitifs ou purement viscéraux comme la faim, le vertige etc. ; ensuite, il y a des états qui possèdent des objets intentionnels mais qui peuvent ne pas être influencés par la cognition comme la faim, la soif et le désir sexuel, ou, comme certains besoins compulsifs, avoir des objets intentionnels et mettre en jeu des cognitions. Ensuite, il y a les émotions. A l'autre extrême de ce continuum, il y a les états motivationnels qui n'impliquent en aucune façon une excitation viscérale, comme ma décision calme de prendre un parapluie parce que je crois qu'il va pleuvoir et que je ne veux pas être mouillé* » (3).

Troisièmement, les états mentaux sont, situés dans tout un ensemble de pratiques, de compétences, d'habitudes, de présupposés et de positions implicites, définissant « l'Arrière-plan » proposé par John Searle (2). Par exemple, avant de poser une bouteille sur une table, je dois avoir le présupposé implicite qu'elle est suffisamment solide pour que la bouteille ne passe pas à travers.

Les états mentaux sont organisés sous forme holistique ; une croyance, par exemple, ne peut exister de manière isolée, son existence impliquant l'existence d'autres croyances : pour reprendre un exemple donné par Donald Davidson (4), la croyance que la glace fond implique une multitude, voire une infinité de croyances sur

la glace, la température, les liquides etc.

## Fonction des états mentaux

Les états mentaux sont des facteurs motivationnels et agissent donc comme des dispositions, d'une part, à une action : je crois que boire le contenu de ce verre fera que je n'aurai plus soif, mais aussi d'autre part à l'assertion de leur contenu : je crois que je ne suis pas malade, et je dis à mon médecin : « je ne suis pas malade ». Concernant spécifiquement l'action, le désir et la croyance jouent un rôle moteur : je fais telle action par ce que j'ai un certain désir, et parce que je crois que l'action en question appartient aux actions qui peuvent faire en sorte que mon désir sera assouvi. Ramsey, par exemple, propose que « *nous agissons suivant la manière qui nous semble la plus propice à la réalisation des objets de nos désirs, de sorte que les actions d'une personne sont entièrement déterminées par ses désirs et ses opinions* » (1).

D'une manière générale, les croyances font donc partie de l'ensemble des arguments utilisés dans la délibération qui conduit à une action. En effet, cette dernière n'est accomplie qu'après que l'agent ait « tout bien considéré », selon l'expression de Davidson, dans une délibération qui consultera ce que représente ce « tout bien considéré » : l'ensemble « *des choses connues, crues, ou estimées par l'agent, la somme de ses principes, opinions, attitudes, et désirs pertinents* » (5). En effet, si l'action découlait immédiatement de l'existence d'un seul couple désir-croyance approprié, je pourrais, par exemple, boire le contenu de ce verre, alors que je sais qu'il contient du poison.

## Emotions, désirs et croyances : vers une définition fonctionnelle de l'intelligibilité des messages éducationnels

Il convient ici de faire entrer en scène les émotions. Considérons leur définition générale, donnée par Pierre Livet : « *C'est la résonance affective, physiologique et comportementale d'un différentiel entre un ou des traits perçus (ou imaginés ou pensés) de la situation en cause, et le prolongement de nos pensées, imaginations, perceptions ou actions actuellement en cours* » (6). En d'autres termes les émotions résultent de la constatation d'un différentiel entre ce que je pensais qu'était l'état du monde (par exemple je croyais que j'étais en bonne santé) et ce que je constate de son état réel (j'apprends que je suis malade).

Surtout, les émotions jouent un rôle central dans la formation des croyances et des désirs, parce qu'elles conduisent, du fait même de leur naissance en réponse à la constatation d'un différentiel entre nos attentes et la réalité, comme le souligne Livet, à une *révision* de nos attentes, de nos croyances et de nos désirs, révision à laquelle elles pourraient être indispensables : on conçoit que les émotions peuvent intervenir de manière causale dans le travail psychique qui conduit, ou bien à l'acceptation de la maladie, ou bien, au contraire, le sujet choisissant la révision qui lui est la moins coûteuse, au déni (6). De même, les désirs, non seulement sont à l'origine de nos actions, mais de plus interviennent

dans la manière dont nous formons nos croyances ou accumulons des informations. Par exemple, nous croyons plus volontiers ce que nous désirons.

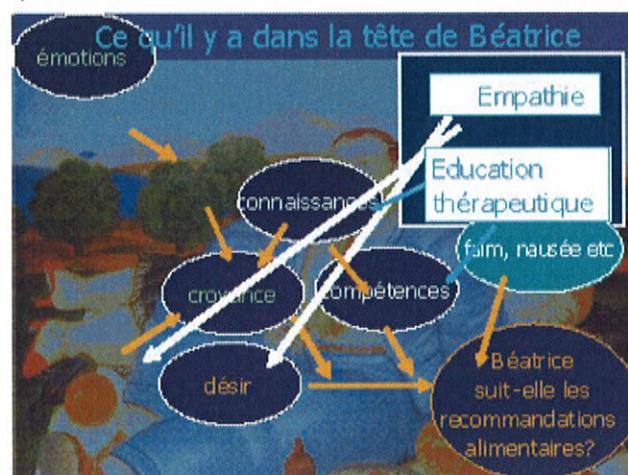
Au terme de ce qui précède, on voit se dégager une clarification du concept de l'intelligibilité des messages apportés par l'Education Thérapeutique. Certes, son premier rôle est d'apporter des connaissances, ou plutôt des compétences - incidemment, le mot « connaissances » n'est pas mentionné dans la définition qu'en donne l'OMS (7). En fait, son véritable rôle me paraît être de créer les conditions, pour le patient, de l'acquisition de nouvelles croyances susceptibles d'être utilisées dans la délibération qui conduit à la réalisation d'un acte thérapeutique (Béatrice ne met pas de crème sur sa tartine). L'intelligibilité d'un message éducatif pourrait ainsi être définie comme la capacité qu'a son contenu de pouvoir être intégré sous la forme d'une nouvelle croyance dans l'ensemble des états mentaux intentionnels qui constituent le holisme de l'esprit. On a vu le rôle majeur que jouent les émotions et les désirs des patients dans cette intégration.

La figure ci-dessous tente de représenter le fonctionnement des différents états mentaux présents dans la tête de Béatrice. On a représenté la place de l'Education Thérapeutique. Elle n'a pas seulement pour but d'apporter des connaissances et des compétences. Elle doit également s'enquérir, par l'empathie, de ce qui apparaît beaucoup plus profond, et plus directement impliqué dans l'action, les croyances, les émotions, et les désirs des patients. On peut d'ailleurs, en insistant sur le rôle moteur des croyances et des désirs, comprendre l'essence même du « diagnostic éducatif », superbement évoqué par cette citation de Vincent Descombes : « Lorsque je veux savoir si telle personne croit telle histoire, je ne me demande pas principalement si l'histoire elle-même est croyable, s'il y a donc des raisons de la croire. Je me demande si elle est croyable par la personne en question, avec les idées et les dispositions qu'on lui connaît. Il n'en va pas autrement de l'attribution d'un désir. L'enfant veut-il ce gâteau ? Je ne me demande pas si le gâteau est bon, s'il y a des raisons de le trouver appétissant, mais bien s'il y a des raisons de juger que l'enfant le trouve appétissant » (8). Trop souvent peut-être avons-nous tendance à attribuer aux autres nos propres désirs et nos propres croyances. Il s'agit sans doute là d'une cause majeure de non-observance thérapeutique, et peut-être aussi d'un véritable péché, d'un point de vue strictement éducatif.

C'est donc une description *logique*, pour ne pas dire *physiologique*, du fonctionnement mental, qui a été esquissée ici, grâce aux concepts définis par la philosophie de l'esprit. Elle doit pouvoir être le prélude à une compréhension quasi-physiopathologique de phénomènes comme l'observance ou la non-observance thérapeutique, mais aussi l'acceptation ou le déni de la maladie (9). Cependant, la notion que notre esprit est organisé de manière holistique, a une implication majeure : dans la notion de *holisme*, le *tout*, qui le caractérise, est *plus* que la somme des parties qui le constituent, et ce *plus* est inaccessible. Ceci est bien décrit par Descombes : « Le holisme doit être compris comme un rejet de l'atomisme,

c'est-à-dire de l'idée qu'on va pouvoir reconstruire la vie mentale des gens en combinant, par des principes d'association d'idées ou d'enchaînement de signifiants, des atomes psychiques » (10). Dans le domaine qui nous intéresse, ceci signifie qu'il y a une limite au diagnostic éducatif : nous ne pourrions jamais savoir *tout* ce qu'il y a dans la tête de Béatrice.

**Figure 1 : Le diagnostic éducatif.** J'ai utilisé une toile de Botero, *La sieste* (1982), pour représenter Franck s'essayant au *diagnostic éducatif* en se demandant, pendant qu'elle dort, ce qu'il y a dans la tête de Béatrice. On remarquera que les connaissances et les compétences ont un rôle instrumental ; que les émotions jouent un rôle majeur dans le déterminisme des croyances et des désirs ; que ceux-ci sont les véritables moteurs de nos actions.



#### Références : une bibliographie inhabituelle

- 1) Ramsey F. *Logique Philosophie et Probabilités*, Mathesis, Vrin, 2003
- 2) Searle J, *L'Intentionnalité*, Les Editions de Minuit, 1985
- 3) Elster J, *Strong feelings, emotion, addiction and human behavior*, The 1997 Jean Nicod Lectures, A Bradford Book, The MIT Press, 2000
- 4) Davidson D, *Paradoxes de l'irrationalité*, Editions L'éclat, traduction et préface de P. Engel, 1991
- 5) Davidson D, *Comment la faiblesse de la volonté est elle possible*, Essai 2 de Actions et événements, Préface et traduction Pascal Engel, P.U.F., Epiméthée, 1993
- 6) Livet P, *Emotions et rationalité morale*, P.U.F., Collection Sociologies, 2002
- 7) *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1998, p. 8
- 8) Descombes V, *La denrée mentale*, Les Editions de Minuit, 1995
- 9) Reach G, *Réflexion sur la maladie chronique : une démarche physiopathologique pour comprendre la place du temps*. In : *Traité de Diabétologie*, A. Grimaldi, ed., Flammarion, sous presse
- 10) Descombes V, *Les institutions du sens*, Les Editions de Minuit, 1996