

CHAPITRE II.3 :

RECHERCHES EMPIRIQUES PRELIMINAIRES

1989 - 1992

A la suite de la première revue de littérature (sur les facteurs d'influence du comportement des patients, 1986-87) et parallèlement à la seconde (sur les facteurs de compliance, 1990-92), trois projets de recherche évaluative ont accompagné et orienté les questions et problèmes ayant abouti à la formulation actuelle des problèmes de recherche. Ces recherches étaient intégrées dans des projets plus vastes d'analyses de besoins, d'évaluation de programmes et/ou d'enquêtes exploratoires.

L'une était consacrée à l'étude des opinions et vécu de patients d'une population de patients d'une maison médicale (projet MEME BARVAUX, Malice et Deccache 1991), une autre à l'exploration de la congruence des perceptions et représentations respectives de patients atteints de maladies chroniques et d'infirmier(e)s dans des unités de soins de 4 hôpitaux (projet MOSS, Mossiat, Deccache et al 1991), la dernière consistant en l'accompagnement méthodologique et l'évaluation d'un projet d'éducation de patients diabétiques en groupe et à domicile (projet DIABASS, Deccache, Malice et al 1990, 1993). Une revue succincte de ces recherches et de leurs résultats permet de comprendre certains de leurs apports méthodologiques et conceptuels ainsi que l'"aller-retour" permanent entre conceptualisation, problématisation et observation qui a abouti aux choix de travail développés dans cette thèse. La structure même de cette thèse (en 4 parties classiques) ne permettait pas jusqu'ici de se rendre compte de cette confrontation permanente "observations-hypothèses-réorientation", pourtant fondamentale pour comprendre que la démarche utilisée ici n'est pas du type "hypothético-déductif" simple, et que les choix de méthodes de recherche sont l'aboutissement de plusieurs autres étalés sur 5 années.

1- ETUDE DE LA COMPLIANCE DES PATIENTS D'UNE MAISON MEDICALE :

Dans le cadre du projet MEME BARVAUX (1990-91), dont l'objectif principal était l'analyse comparée des attentes et besoins des patients et de l'offre d'aide et de service de l'équipe d'une maison médicale, une étude de certains facteurs de compliance a été effectuée. Les représentations de l'utilité du traitement et de ses effets médicaux et personnels (et inconvénients) ont été abordées. Le concept d'acceptabilité personnelle que j'avais proposé dans le premier projet de thèse a été partiellement concrétisé et cerné dans l'étude MEME BARVAUX. Ce concept avait été préalablement discuté et approfondi dans le cadre d'un séminaire d'échange et de réflexion sur la compliance et l'Education du Patient (Dumont, Deccache et Mossiat 1990) au cours duquel une première idée avait été examinée sous l'appellation de légitimité scientifique et légitimité personnelle du traitement.

Sur le plan des méthodes, l'étude a été l'occasion de tester certaines estimations et mesures de facteurs, dont le lieu de maîtrise de la santé (Health Locus of control), la compliance habituelle (et sa relation à la compliance actuelle), les attentes de rôles de soignant (par les patients), la satisfaction, l'explication par les patients de leur non-compliance éventuelle, des comportements d'automédication, etc...

Sur la question de la compliance, ce projet a surtout été riche en informations d'ordre méthodologique et conceptuel. Une insuffisance dans la précision des concepts couverts et leur opérationnalisation a été, avec le besoin de mieux préciser l'orientation générale d'une telle recherche, la principale conclusion.

Toutefois, l'analyse a permis de dégager des informations originales sur certaines "relations" que les patients entretiennent avec leurs traitements. 21% d'entre eux affirment prendre parfois des médicaments sans avis médical (d'autres sources estiment l'automédication à 10% en Belgique, mais ces taux ne sont pas comparables, l'un concernant les patients, l'autre les médicaments), et 87% déclarent ne pas hésiter à signaler au médecin qu'un médicament qu'il vient de prescrire ne leur

convient pas (alors qu'il semble par ailleurs que les patients tendent en général à ne pas acheter le médicament incriminé). Si 70% des patients estiment toujours suivre les traitements prescrits, 63% affirment suivre leur traitement actuel et en même temps, 85% citent une ou plusieurs raisons qui expliquent pourquoi il leur arrive de ne pas prendre un médicament prescrit: médicament qui ne convient pas, oubli, prix du médicament, interférence avec les activités quotidiennes.

Par ailleurs, d'intéressantes informations sur la convergence et la validité des estimations par déclarations des patients comparées à des mesures plus objectives ont été collectées. Par exemple, en comparant l'estimation par les 300 patients de la durée de l'attente avant une consultation avec la durée moyenne observée et l'évaluation de l'acceptabilité de cette durée, nous avons découvert une relation nette entre le réel et le déclaré ($r = .48$), ainsi qu'entre la satisfaction et la durée d'attente. Ce qui pourrait sembler évident avait pourtant été mis en cause dans d'autres études, dont les conclusions étaient infirmées ici.

Des différences pressenties entre maladies chroniques et aiguës ont été remarquées et confirmées, et m'ont décidé à approfondir la distinction, aboutissant à consacrer la thèse aux premières.

Les relations entre la compliance et quelques uns des facteurs pressentis ont été examinées et certaines tendances dégagées, sans garantie de validité et sans fondements théoriques stables, l'interrogation étant construite à partir des propres questionnements de l'équipe de la maison médicale.

2- CONVERGENCE ET COHERENCE SOIGNANT-SOIGNE

Réalisé dans 4 services de soins (chroniques) d'hôpitaux différents, le projet de recherche MOSS (1990-92) a quant à lui été l'occasion:

- de démarrer une revue de littérature systématique sur le sujet de la compliance et de ses éléments explicatifs, et de concevoir et tester un logiciel (base de données) de collecte et de traitement d'informations bibliographiques sur le sujet,
- d'examiner de manière approfondie certains aspects de la relation de soins, en termes de représentations respectives de patients et de soignants (infirmier(e)s), et de convergence de perceptions.

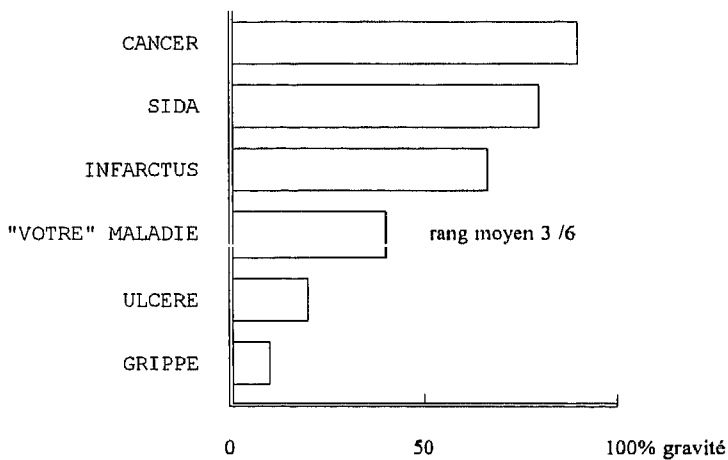
Des attentes mutuelles et parfois contradictoires de rôles ont été mises en évidence, par l'analyse des réponses de 50 paires "soignant-patient". En étudiant ce que les patients attendent des infirmier(e)s (et réciproquement), ce qu'ils pensaient que les infirmier(e)s attendaient d'eux (et vice-versa), ce qu'ils pensaient pouvoir faire, dire ou demander, ainsi que la crédibilité des différents soignants telle que perçue par les patients, une "illusion" de connaissance de l'autre a été mise en évidence, en contradiction avec les estimations des uns et des autres.

L'étude a aussi abordé avec des résultats particulièrement notables:

- 1- les représentations que les patients ont de leur rôle: où l'on s'aperçoit que 30% d'entre eux estiment devoir s'abstenir de poser beaucoup de questions, ne pas exprimer leurs sentiments, 50% ne pas déranger les soignants dans leur travail, et en même temps trouvent leurs contacts avec les infirmier(e)s chaleureux (44%) ou plutôt chaleureux (44%), l'écoute des soignants et la durée des contacts suffisants pour 38 % des patients. Deux tiers estiment de leur "devoir" de suivre les recommandations médicales ! et 88% situent le médecin comme la source la plus fiable et crédible d'informations.
- 2- la connaissance par les infirmières de certains facteurs de compliance: avec une "conscience" manifeste de la variété des facteurs qui entrent en jeu, mais une préférence pour les facteurs socio-démographiques et de savoir (et savoir faire). La place qu'elles accordent à l'interdépendance des facteurs n'a pas été examinée.

- 3- la congruence des estimations de la compliance (entre infirm. et patients): des différences significatives ont été relevées sur les estimations de la compliance générale, et de celle liée au régime alimentaire. Il y a plus de congruence entre patients et soignants pour les médicaments et les autres aspects du traitement. Un problème de validité d'estimation de la compliance est apparu, parce que l'on avait omis de distinguer traitement de fond et traitement de crise (courte durée).
- 4- les perceptions des patients sur la gravité "relative" de leur maladie: cela a permis de valider la mesure de gravité relative (à d'autres maladies), de dégager une représentation de la maladie, de sélectionner les maladies où la discrimination est la plus élevée (voir fig suivante III.2.2.1): cancer 92% très grave, ulcère duodénal 18%, sida 84%, grippe 8%, votre maladie 40%) et de la compléter par une lecture du rang de la maladie de chaque patient et par une mesure de gravité absolue ("votre" maladie, sur une échelle de "gravité").
- Toutefois, cette estimation effectuée pendant l'hospitalisation ne permet pas de comprendre comment elle influence les décisions du patient à la sortie...

FIG III.2.2.1: Gravité relative de la maladie (moyenne des patients):



- 5- les raisons respectives de compliance et non-compliance, selon chaque paire patient / infirmier(e):

ex:	Question à l'infirmier(e):	Patient capable de compliance ? Patient se croit-il capable ?
	Question au patient(e):	Vous sentez-vous capable ?
ex:	Question infirmier(e):	Qu'est-ce qui motive ce patient à suivre son traitement ?
	Question patient(e) :	Qu'est ce qui vous pousse à suivre votre traitement ?

Cette approche de la compliance sous l'angle de la relation et de la congruence des attentes et perceptions a permis de mettre en évidence les besoins de communication, d'écoute et le risque de "projection" erronée des opinions des uns sur les autres. Enfin et surtout elle a ouvert la porte à la "re-situation" du problème dans une perspective dynamique et temporelle, exclue jusqu'ici par des approches instantanées, figées (enquête transversale), utiles mais limitées.

3- PREMIERE RECHERCHE APPROFONDIE SUR LES FACTEURS DE COMPLIANCE ET LEUR EVOLUTION

Le projet qui a le plus influé sur les orientations de cette thèse est un projet d'éducation et d'accompagnement de patients diabétiques (projet DIABASS 1989-93)), élaboré et mené par l'asbl DIABET-ASSISTANCE, avec la collaboration du Centre d'Education du Patient (Deccache et Malice 1990 et 1993) et subsidié par le Ministère de la Santé de la C.F.B.. Pour cette raison, il peut être

considéré comme la véritable première phase empirique de cette thèse, qui a conduit à la nécessité de:

- 1- reconstruire les fondements théoriques de mon approche de la compliance,
- 2- accorder de l'attention aux modèles de la compliance et les analyser de manière approfondie,
- 3- sortir du concept de déterminants pour celui de facteurs d'influence,
- 3- concevoir des démarches de recherche (et d'évaluation) et des instruments cohérents et plus valides pour l'estimation et la mesure de certains facteurs,
- 5- étudier la relation entre contexte, éducation et facteurs de compliance.

En raison de cette importance, il m'a paru utile de présenter cette étude avec plus de détails que pour les précédentes.

Le projet-pilote visait "l'amélioration des facteurs de motivation (confiance, estime de soi, auto-efficacité, support social, ...), des savoir et savoir-faire, et des comportements de self care" par une aide individualisée à domicile et des actions de "groupes d'éducation", dans le cadre de l'association Diabet-assistance.

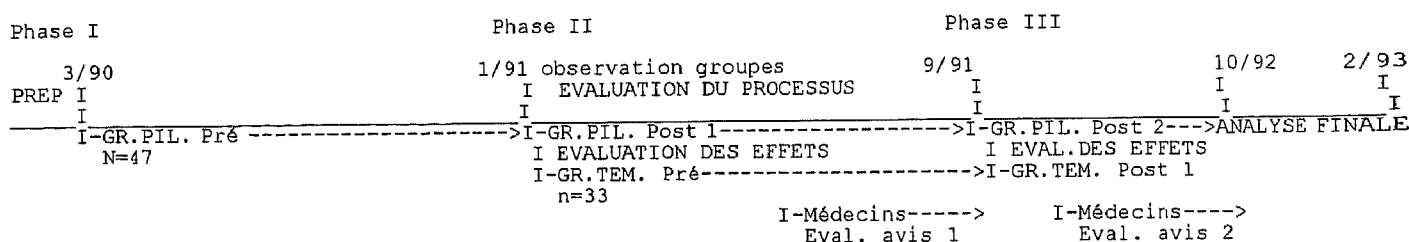
Subdivisée en 3 étapes, l'évaluation a consisté en :

- une évaluation préalable par un recueil d'informations auprès des patients sur leurs connaissances, leurs perceptions et leurs comportements déclarés de gestion du traitement;
- une évaluation de processus par une observation, pendant 18 mois, du déroulement des séances de rencontre et d'éducation en groupe;
- une évaluation des effets par un recueil d'informations auprès des patients et des médecins, 2 ans et demie après le début du projet.

En pratique, ont été mesurés:

- des facteurs socio-sanitaires et démographiques: âge, sexe, âge et type de diabète, niveaux social et éducatif (instruction), type de profession,
- des facteurs cognitifs (savoir et savoir-faire) sur la maladie et son traitement,
- des facteurs affectifs: attitudes, perceptions (de soi, d'autrui, de l'état de santé, de la qualité de vie, du projet,...), croyances, ...
- des comportements (déclarés ou observés), principalement ceux liés au traitement, incluant l'analyse des carnets de suivi du traitement.

Dispositif d'évaluation



Ce dispositif a partiellement inspiré celui du projet dans lequel s'inscrit cette thèse. Par ailleurs, les méthodes et instruments de collecte de données ont aussi bénéficié de l'expérience de DIABASS qui a permis de préparer leur validation (partielle). Ces outils sont:

Prétests: un entretien individuel par guide semi-structuré, à questions à choix multiples (QCM), et questions à réponse ouverte (QROC), et par observation.

Posttests: pour les patients, la même méthode a été utilisée que pour les prétests. (guides de prétest modifiés partiellement). Pour les médecins généralistes et diabétologues participants, un double questionnaire a permis de collecter les informations recherchées (un questionnaire "avis sur les effets du projet" et un autre, un par patient, sur l'évolution observée du patient).

Evaluation du processus: grille d'observation des rencontres et séances de groupe, et rapports de réunion (rédigés par l'observatrice membre de l'équipe d'évaluation).

Par ailleurs, DIABASS a été l'occasion d'affiner la collaboration étroite entre "évaluateur" et "promoteur", déjà mise en place dans d'autres projets et qui donne à la recherche évaluative un autre sens, en associant évaluation externe et interne !

Quelques résultats significatifs ayant influencé le présent travail

CONNAISSANCES: (score global)

Le score global de connaissance concernait tant le savoir pratique (en relation avec le comportement) que le savoir-faire (capacités à faire).

Chez les patients qui ont participé au projet, une augmentation nette du niveau général de connaissance apparaît.

Score P1: Connaissance de la maladie et du traitement (savoir-faire) score de 0 à 10

Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type		
G1= GR.EXP.pré	44	3.778409	2.550203	G1/G2	P= .0001
G2= GR.EXP.post	44	5.909091	2.340301	G2/G3	P= .0000
G3= GR.TEM.	29	2.456897	2.20295	G1/G3	P= .03

Une relation entre savoir et comportement de compliance positive, forte ($r= 0,47$) et significative avait été mise en évidence.

La connaissance était aussi fortement corrélée:

- à la connaissance perçue (estimée par le patient lui-même) $r= 0,39$ ($p< 0,01$),
- à la perception par le patient de son efficacité (sa capacité à réussir les actions, comportements de santé, nécessaires) $r= 0,36$ ($p< 0,02$),
- à la perception par le patient de son entourage comme "aidant" $r= 0,29$ ($p< 0,05$).

PERCEPTIONS ET CROYANCES

L'évaluation s'était attachée aux facteurs d'influence de la motivation: obstacles perçus, avantages perçus, soutien social, auto-efficacité perçue, préoccupation vis-à-vis de la Santé, qualité de vie, utilité perçue de l'entraide, désir de participer à des groupes, etc... Ce choix de facteurs dépendait du modèle explicatif utilisé, une variante du "Modèle de prédiction des comportements de santé" (MPCS) de Pender (1982), lui-même issu des modèles d'"Apprentissage Social" (Bandura 1980) et du "Modèle des Croyances de Santé" (HBM) de Rosenstock et Becker (1974). L'évaluation a montré les limites de ces modèles et orienté la recherche vers une ouverture à d'autres explications et leur intégration.

LA PERCEPTION D'OBSTACLES AUX COMPORTEMENTS PROPOSES

Variable: Facilité perçue du traitement, de 0 (pas du tout) à 10 (maximum).

Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type		
G1= GR.EXP.pré	46	4.705435	4.526628	G1/G2	P= NS
G2= GR.EXP.post	42	5.391429	4.470834	G2/G3	P= NS
G3= GR.TEM.	31	5.693226	4.483648	G1/G3	P= NS

Var. Adéquation perçue du régime à la vie quotidienne, de 0 (pas du tout) à 3 (tout-à-fait)

Comparaison des moyennes des groupes		(échelle de 0 à 3)	
Groupe	Nbre	Moyenne	Ecart-type
G1= GR.EXP.pré	45	2.27	1.13
G2= GR.EXP.post	45	2.98	.45
G3= GR.TEM.	28	2.04	1.34

Par rapport aux autres "groupes", le GR.EXP.post perçoit le régime comme étant plus adapté aux conditions de la vie quotidienne. Ces informations ont par la suite été associées à d'autres pour constituer et affiner le concept multidimensionnel d'acceptabilité du traitement.

PERCEPTION DE L'AUTOEFFICACITE

Variable: P6 Perception de l'auto-efficacité		score de 0 à 10			
Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type		
G1= GR.EXP.pré	46	6.964783	3.083205	G1/G2	P= .006
G2= GR.EXP.post	44	8.262273	2.387885	G2/G3	P= .01
G3= GR.TEM.	29	6.296552	3.447372	G1/G3	P= NS

PERCEPTION DE LA GRAVITE DE L'ETAT DE SANTE

Score P7 Perception de sa santé comme préoccupante		score de 0 à 10			
Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type		
G1= GR.EXP.pré	46	4.835652	3.204103	G1/G2	P= NS
G2= GR.EXP.post	44	4.187728	3.171701	G2/G3	P= NS
G3= GR.TEM.	26	3.639231	3.007093	G1/G3	P= NS

Score P8 Perception de sa Qualité de vie		score de 0 à 10			
Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type		
G1= GR.EXP.pré	44	7.356818	2.805208	G1/G2	P= NS
G2= GR.EXP.post	44	7.092727	2.687747	G2/G3	P= .005
G3= GR.TEM.	28	8.715	2.580575	G1/G3	P= .02

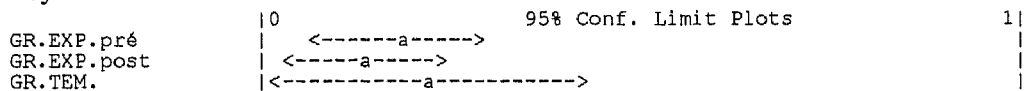
LE FOYER DE MAITRISE (OU DE CONTROLE) DE LA SANTE

En plus des facteurs précédents, l'évaluation s'est intéressée à un déterminant particulier de la capacité d'auto-prise en charge de la santé et de responsabilisation: le "Foyer de contrôle" ou Health Locus of control. Ce facteur concerne la perception des déterminants de la santé: déterminants externes (l'environnement ou la chance influence la santé), ou internes (l'individu lui-même influence sa santé), qui coexistent et dont les "poids" respectifs peuvent varier.

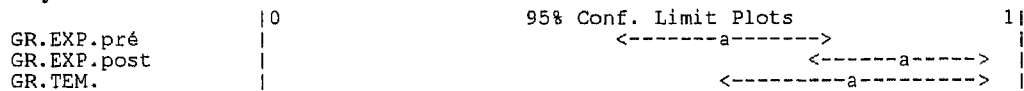
Au prétest, chez le GR.EXP., on pouvait constater une répartition prévisible du foyer de contrôle: 45% des patients croyant ne pas pouvoir influencer eux-même leur santé.

Chez les patients ayant participé au projet, un déplacement du foyer de contrôle apparaît. Ce qui est intéressant et important, c'est le développement d'un foyer "mixte", dans lequel influences extérieures et intérieures sont reconnues par le patient. Un développement significatif du foyer de contrôle interne est mis en évidence, chez le GR.EXP. post test, sans que les autres foyers en soient influencés. Il y a donc un renforcement du sentiment de pouvoir sur sa santé, confirmé par ailleurs par la mesure de l'autoefficacité perçue.

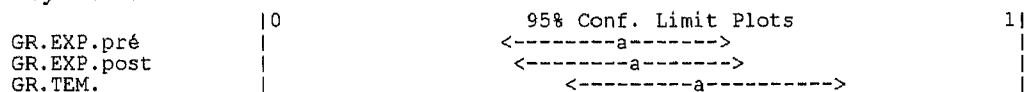
Foyer de contrôle chance



Foyer de contrôle interne



Foyer de contrôle externe



COMPORTEMENTS (DECLARES) DES PATIENTS

Les mesures de comportement sont au prétest comme au posttest fondés sur les déclarations des

patients eux-mêmes. Bien que la fiabilité des déclarations soit limitée, il a été démontré, dans plusieurs études, que l'on pouvait, sans risque, accepter pour vraies les déclarations de patients "avouant" des comportements de santé, et donc ici de self care, incorrects ou non-souhaitables. Dans DIABASS, une meilleure validation de la mesure de la compliance, par recoupement des avis des patients et des médecins avait été tentée, sans grand succès, par manque de rigueur dans la manière de collecter certaines données.

Par ailleurs, l'analyse des différences prétest - posttest a permis d'étudier l'effet du programme sur les comportements, même déclarés: insuline, régime alimentaire, auto-surveillance, gestion des incidents (hypo et hyperglycémie), etc...

Un score d'"adhésion" a été calculé à partir de six questions portant sur les divers aspects du traitement.

Variable: P4 Respect du traitement (Comportement déclaré).				score de 0 à 10	
Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type	différ	
G1= GR.EXP.pré	45	4.44	2.4	G1/G2	P= .04
G2= GR.EXP.post	36	5.55	2.2	G2/G3	P= .04
G3= GR.TEM.	25	4.64	2.6	G1/G3	P= NS

L'analyse de ces moyennes a montré une amélioration faible mais significative de l'adhésion déclarée au traitement.

Cependant, il se pourrait que cette meilleure "adhésion déclarée" ne soit que le reflet d'une désirabilité des réponses (attendues). Les observations fournies par les médecins participants (qui ont référé leurs patients au projet) ont permis de rejeter cette hypothèse.

Le comportement de compliance a été d'ailleurs fortement corrélé à:

- la connaissance du traitement: $r = 0,47$ $p < 0,001$
- la connaissance perçue: $r = 0,39$ $p < 0,005$
- la facilité perçue du traitement: $r = 0,34$ $p < 0,05$
- l'autoefficacité perçue: $r = 0,41$ $p < 0,005$
et moyennement corrélé à:
- la perception du "support social" (entourage): $r = 0,28$ $p = 0,06$
- le désir de participer à l'entraide: $r = 0,29$ $p = 0,05$.

DESIR D'APPRENDRE (READINESS TO LEARN)

Variable: Comportement déclaré de recherche d'information				score de 0 à 10	
Groupe	Nombre	Moyenne	Ecart-type		
G1= GR.EXP.pré	47	2.621489	3.536171	G1/G2	P= .0002
G2= GR.EXP.post	43	6.040465	3.104811	G2/G3	P= .0005
G3= GR.TEM.	31	2.900323	3.411361	G1/G3	P= NS

Les effets du projet sur le comportement de recherche d'information ont été assez étonnants. Plus "motivés" à leur propre rôle dans la gestion de leur santé, les patients s'informent nettement davantage. Ces résultats confirment ceux d'autres évaluations menées sur le sujet. Ces données sont à rapprocher de celles qui concernent le sentiment des patients d'être plus les acteurs de leur santé que par le passé. La demande d'information apparaît comme un indicateur de l'"activation" du patient.

UTILISATION DES DONNEES DE L'EVALUATION POUR LA DEFINITION DES METHODES ET THEMES DE L'EDUCATION

En plus d'une analyse globale (pour chaque groupe: GR.EXP. pré, GR.EXP. post, GR.TEM.), les variables importantes regroupées en scores ont été utilisées pour la réalisation d'un PROFIL INDIVIDUEL destiné aux animateurs du projet. Chaque profil présentait graphiquement les scores d'un patient, devant permettre de détecter les facteurs sur lesquels une action éducative est prioritaire. Ces profils individuels devaient permettre aux animateurs du projet d'ajuster leurs interventions,

éducatives et autres, aux besoins des patients, et particulièrement lors des moments de travail individualisé.

Conclusions de "MEME BARVAUX", "MOSS" et "DIABASS" pour la recherche principale

En plus d'une meilleure connaissance du phénomène de la compliance et de la relation dans laquelle il prend place, les trois recherches préliminaires ont été à l'origine d'une clarification de plusieurs aspects de la recherche principale, concepts, perspectives, méthodes et questions prioritaires à explorer. Ils ont permis en particulier de mettre en évidence :

- 1- un rapprochement entre points de vues objectif/subjectif et qualitatif/quantitatif: à l'issue de ces travaux s'est clarifiée la perspective scientifique que je pressentais comme capable d'ouvrir de nouvelles pistes de compréhension de la compliance. L'hésitation entre privilégier les données subjectives (patients de leur point de vue) ou objectives (patients du point de vue des soignants) et les différentes méthodes m'a alors paru sans pertinence, toutes les possibilités devenant susceptibles de combinaison. L'important était de ne perdre de vue aucun des acteurs et des composantes du problème;
- 2- une extension du champ de recherche vers la complexité "organisée": dans la recherche d'une explication plus fine, je ne m'étais jusque là préoccupé que de la diversité des facteurs à prendre en compte, et de leurs interactions. Mon choix de rassembler, comprendre et analyser les modèles de compliance, et d'ouvrir le champ d'étude au-delà des facteurs "isolés" (même regroupés) est un résultat de ces recherches;
- 3- un besoin de validité accrue de certaines mesures: parmi les limites rencontrées dans ces études, le manque de validation et de guides pour l'opérationnalisation de certains concepts et facteurs a induit des erreurs d'interprétation et de sens, notamment parce que certains facteurs n'étaient que partiellement définis;
- 4- l'hypothèse sur le rôle du contexte: Les différences de résultats observées entre études identiques dans des contextes différents a permis d'"asseoir" l'hypothèse de l'influence du contexte de soins sur les facteurs de compliance, déjà pressentie auparavant (cf revue de littérature 1986-87);
- 5- la nécessité de considérer les interactions: malgré des recherches de relation (deux à deux), les effets combinés de groupes de facteurs ne pouvait apparaître, faute de méthodes adéquates et de vision intégrative qui mettent ces interactions en évidence.
De nouvelles hypothèses sur l'existence d'autres facteurs ont également émergé: rôle et fonction personnels et sociaux de la maladie, acceptabilité personnelle et sociale du traitement, différence entre pouvoir et responsabilité sur la santé, etc.... Certains d'entre eux ont connu un début d'opérationnalisation, affinée dans la présente recherche;
- 6- les cadres conceptuels, organisation, contenus et méthodes de ces trois recherches présentés et discutés dans le cadre de plusieurs réunions et conférences. Leurs originalités, faiblesses et limites ont été mises en évidence lors de rencontres et d'échanges avec des praticiens et des chercheurs en médecine (réunion européenne de diabétologie, mars 1991) en soins infirmiers (journées infirmières de Laval, mars 1992) et en Education pour la santé (conférences européenne et mondiale d'EpS, juin 1991, mai 1992, conférences de l'International Patient Education Council mai 1991, et de l'US Pharmacopeial Convention, septembre 1992). Ces échanges ont permis de ré-orienter certains choix, et de les concrétiser dans la présente recherche.

CHAPITRE II.4 :

19 THEORIES ET MODELES EXPLICATIFS DE LA COMPLIANCE

Many of our students leave our theory courses with the belief that using theory in health education is simply a matter of picking a theory and applying it to a problem. It is also the way theory is typically used in theses and dissertations in health education.

K. LEROY et al., summer 1993

Cet extrait d'un récent éditorial de Leroy et ses collègues (de l'université de New York et l'American Public Health Association), paru six mois après la première rédaction de cette partie de ma thèse, illustre clairement le problème que j'aborde, son étendue (toute l'Education pour la Santé) et son urgence. Ses auteurs soutiennent aussi que la combinaison de théories dans la planification de programmes d'éducation n'est pas très satisfaisante sans "guidelines" pour décider des combinaisons, ce qui rend compte de la difficulté de mon entreprise. Ma proposition de réponse tient dans le fait de ne pas se limiter à l'intégration de théories mais aussi d'en examiner les perspectives et les implications méthodologiques, dans le cadre tracé jusqu'ici.

De nombreuses stratégies et techniques ont été utilisées pour résoudre le problème de la non-compliance, avec des résultats variables : certaines plus efficaces que d'autres, en fonction de leur nature ou de leur implantation (lieu, type de problème de santé...). Best (1975) a montré que les programmes tenant compte de facteurs de "personnalité" (ex. le Health Locus of control ou HLC) sont plus efficaces que ceux qui agissent sur d'autres facteurs, mais que tous deux étaient moins efficaces qu'une "simple" thérapie ne s'intéressant pas au HLC, pour l'aide à des fumeurs. Ces variations de résultats montrent bien qu'une approche par essai et erreur ne suffit pas à solutionner le problème de la non-compliance, ni même à le comprendre mieux. Les recherches visant l'explication de la compliance à partir de l'étude d'un ou quelques facteurs, décrits dans les deux chapitres précédents, s'apparentent à cette approche "non-orientée", par essai et erreur. Parallèlement à ces études, et souvent après elles, d'autres se sont fondées sur des cadres théoriques plus fiables et plus ou moins globaux. **Ces théories (et les modèles qui en découlent) présentent un grand intérêt pour l'initiation de recherches et la proposition de solutions pratiques, certaines en raisons de leurs limites (conceptualisation, perspective, ouverture à différentes catégories de facteurs,...) d'autres pour leur "avance" par rapport à la majorité. C'est la raison pour laquelle j'ai fait de cette partie le centre de ma recherche (en termes d'énergie consacrée et de désir d'approfondissement). En effet, si l'étude ou la lecture des principales revues de littérature sur la compliance permet, contre un investissement raisonnable de temps, de "faire le tour" des facteurs étudiés, aucune analyse combinée des modèles explicatifs de la compliance n'avait été réalisée jusqu'ici.** Certains de mes interlocuteurs m'ont même au départ déconseillé l'aventure.

Ma décision de réaliser ce travail tient en trois raisons:

- 1- la compliance reste la préoccupation principale de tous ceux qui s'intéressent à l'Education du Patient.
- 2- l'amélioration de la pratique et de la recherche passe par la disponibilité d'outils théoriques "récents" comprenant les derniers acquis. Après plus d'une vingtaine de recherches de développement et autres évaluations, la présente me semblait condamnée à rester dans les limites conceptuelles et méthodologiques des précédentes, sans choix nouveaux pour les dépasser.
- 3- il est impossible (ou presque) d'adopter un regard global, intégratif, interdisciplinaire sans compréhension des apports des différentes disciplines; or, ce regard est en cours d'élaboration, en Education pour la Santé. Des synthèses sont dès lors, pour les éducateurs pour la santé, de nécessaires tremplins pour un nouveau savoir.

J'ai renoncé à procéder à un classement fiable et indiscutable des modèles et des théories de la

compliance. Après avoir constaté les divergences de typologies dans le champ de la compliance et de l'Education pour la Santé, j'ai trouvé les mêmes dans celui de la psychologie. A titre d'exemple, après la classification incomplète de Redman (voir chapitre II.1), celle de Leventhal et al (1987) groupe les études de la compliance dans les cinq cadres suivants :

- le modèle biomédical,
- les théories de conditionnement opérant et d'apprentissage social,
- la théorie des croyances rationnelles (rational belief theory),
- l'approche de communication,
- la théorie des systèmes auto-régulés.

Cette classification n'est pas satisfaisante non plus, parce qu'elle ne permet pas de tenir compte des appartenances différentes et simultanées de certains modèles (voir le tableau de synthèse détaillé des modèles, à la fin de ce chapitre), et enfin parce qu'elle organise le classement sans distinction entre approches, théories et modèles (le modèle biomédical n'est pas une théorie et les théories des croyances rationnelles incluent plusieurs modèles...). En fait, plusieurs modèles s'intitulent "théorie", alors qu'ils sont des essais d'application de théories (ici au phénomène de la compliance), et sont limités à des cas particuliers; ils ne peuvent donc être considérés comme des théories, par nature plus généralistes.

Pour éviter ces difficultés conceptuelles, je considérerai l'ensemble de ces "approches, théories et modèles" sous le terme générique de "cadres explicatifs", emprunté à Leventhal (frameworks).

Malgré ces critiques et parce qu'un classement est nécessaire à la compréhension de ces cadres explicatifs, j'ai utilisé cette typologie en y ajoutant un modèle particulier difficilement classable, le PRECEDE (voir II.4.5).

Chacun des cadres explicatifs présentés dans ce chapitre analyse le problème de la compliance sous un angle différent et accorde de l'importance à un ou plusieurs processus particulier(s) de comportement: connaissances et cognitions de la maladie, perception du risque, motivation, acquisition de comportements adaptatifs, processus de maturation et de conscientisation,...

Je me suis donc limité à regrouper approximativement les modèles par affinités ou selon leurs filiations annoncées, certains se réclamant plus d'une théorie ou s'inspirant d'autres modèles.

Pour en faciliter la lecture, l'ensemble de ces cadres explicatifs de la compliance est présenté en un tableau - plan synthétique (FIG. II.4.1. page suivante).

Enfin, alors que d'autres théories, de différentes disciplines, pourraient être utilisées, je me suis délibérément limité à celles qui ont été élaborées pour et/ou appliquées à la compliance. Le champ des hypothèses est large et il aurait été encore élargi sans cette limitation. En outre, la plupart des 19 modèles rassemblés et analysés ont aussi été développés ou utilisés dans le champ de l'Education pour la Santé et de l'Education du Patient, et leur intérêt s'étend, au-delà de la compréhension de la compliance, aux comportements de santé.

L'effort principal de cette revue de littérature a porté sur:

- une présentation des modèles accompagnée d'une analyse de leurs points forts et de leurs faiblesses,
- les implications de cette analyse pour la suite de la recherche (choix des facteurs, pistes d'approfondissement, organisation et opérationnalisation des concepts, fiabilité et validité des méthodes, etc...),
- les poids relatifs accordés à un même facteur (dans différents modèles) par rapport à son rôle dans la genèse des comportements,
- et par la suite sur l'examen des articulations entre facteurs et les regroupements possibles.

Enfin, chaque cadre explicatif est présenté et analysé selon un même schéma:

- description, et le cas échéant, origines du modèle,
- apports et limites,
- si nécessaire, remarques méthodologiques et d'opérationnalisation des concepts.

FIG. II.4.1 : <u>PRESENTATION DES CADRES EXPLICATIFS DE LA COMPLIANCE</u> Les regroupements correspondent aux filiations apparentes des théories et modèles de compliance.				
No dans chap. II.3	THEORIE / MODELE ORIGINAL	TITRE FRANCAIS	SIGLE UTILISE	AUTEURS
1	BIOMEDICAL MODEL (OU APPROACH)	MODELE BIOMEDICAL	BIOMED	-
2.A	COMMUNICATION MODEL (OU THEORY)	MODELE DE COMMUNICATION	COMU	MC GUIRE 80
2.B	RECIPROCAL EXCHANGE MODEL	MODELE D'ECHANGE ET DE RECIPROCITE	MER	ROTTER 91
3.A	PERSONALITY THEORIES	THEORIES DE LA PERSONNALITE	PERSO	
	HEALTH LOCUS OF CONTROL	LIEU DE MAITRISE DE LA SANTE	HLC	ROTTER 54, WALLSTON 78
	CAUSAL ATTRIBUTION THEORY	THEORIE DE L'ATTRIBUTION CAUSALE	ACAM	HEIDER 58, KELLEY 67
4.A	VALUE - EXPECTANCY THEORY	THEORIE VALEUR - ATTENTE	TVA	LEVIN 35, EDWARDS 54
4.B	HEALTH BELIEF MODEL (SICK ROLE BEHAVIOR)	MODELE DES CROYANCES DE SANTE (COMPLIANCE)	HBM	HOCHBAUM 58, BECKER 75
4.C	REASONED ACTION THEORY	THEORIE DE L'ACTION RAISONNEE	TAR TAR2	FISHBEIN/AJZEN 75 DE WEERDT 89
4.D	INTERPERSONAL BEHAVIOR THEORY	THEORIE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS	TCI	TRIANDIS 77
4.E	PLANNED BEHAVIOR THEORY	THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	TCP	AJZEN 85
4.F	MULTIATTRIBUTE UTILITY THEORY	THEORIE DE LA MULTIATTRIBUTION	MUT	SAYEKI 72
5	PRECEDE-PROCEED EDUCATIONAL DIAGNOSIS	PRECEDE-PROCEED DIAGNOSTIC EDUCATIF	PRECEDE	GREEN 80, 91
6.A	SOCIAL LEARNING THEORY	THEORIE D'APPRENTISSAGE SOCIAL	TAS	ROTTER 66
6.B	SELF-EFFICACY THEORY	THEORIE DE L'AUTO-EFFICACITE SENTIMENT DE MAITRISE DU COMPORTEMENT	AUTOEFF	BANDURA 77, 85
7	INTEGRATIVE MODELS	MODELES INTEGRATIFS		
7.A	HEALTH COMPLIANCE MODEL (HCM)	MODELE DE COMPLIANCE EN SANTE	HCM	HEIBY 86
7.B	SYSTEMS MODEL FOR CLINICAL PREVENTIVE CARE	MODELE SYSTEMIQUE DE SOINS PREVENTIFS (MSSP)	MSSP	WALSCH 92
7.C	HEALTH PROMOTION MODEL	MODELE DE PREDICTION DES COMPORTEMENTS DE SANTE	MPCS	PENDER 82, RICHARD 88
7.D	SELFREGULATORY BEHAVIOR THEORY	THEORIE DES SYSTEMES AUTOREGULES	SAR	LEVENTHAL 84
7.E	INTEGRATIVE SELFREGULATORY BEHAVIOR THEORY	MODELE INTEGRATIF DES SYSTEMES AUTOREGULES	SARI	LEVENTHAL 87

La typologie dans laquelle j'ai classé ces cadres est empruntée à Leventhal (1987). Elle reste insatisfaisante, certains modèles se réclamant de plusieurs origines!

1. MODELE BIOMEDICAL DE LA COMPLIANCE

Le Modèle Biomédical (BIOMED) est depuis longtemps le modèle de santé dominant dans les cultures des sociétés occidentales. Issu à la fois du dualisme corps-esprit prôné par la tradition judéo-chrétienne et de la théorie du germe (Koch), dans l'explication des maladies : la maladie est perçue comme un dysfonctionnement biochimique dû à des agents extérieurs (germes et virus), des facteurs génétiques ou une dégradation naturelle des organes ou des processus bio-physiologiques.

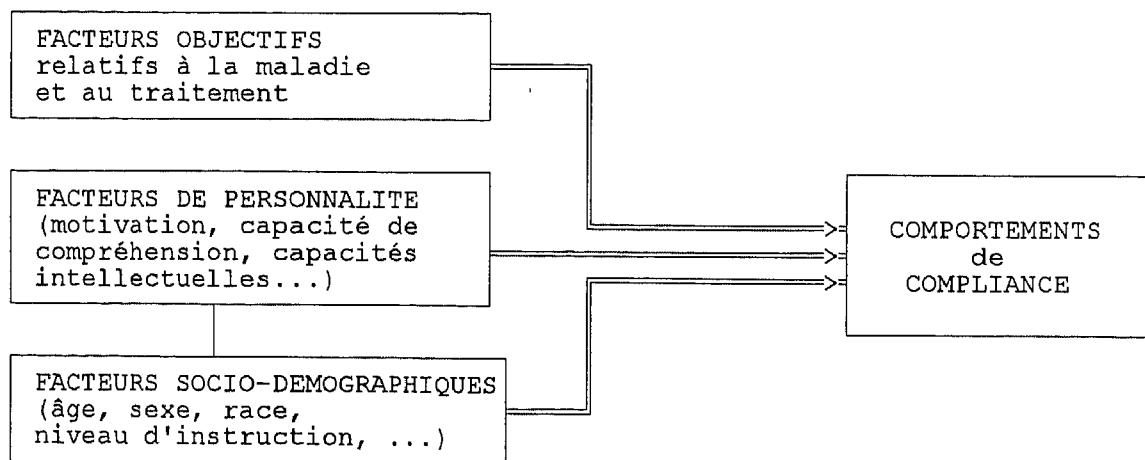
DESCRIPTION DU MODELE :

Ce modèle ayant été présenté en détail, et par comparaison avec le modèle dit biopsychosocial, dans la chapitre consacré aux modèles de santé (chap. I.2), je me limiterai ici à aborder son application à la compliance.

Pour expliquer, la non-compliance, le Modèle Biomédical prend en compte les "dispositions" du patient, mais non les facteurs situationnels et cognitifs (processus) du patient et de la relation de soins, concernés dans l'interprétation des stimuli de l'environnement. La recherche dans ce cas fonctionne en 2 étapes : 1) identification des groupes à risque de non-compliance; 2) correction des erreurs dans les "dispositions" des patients concernés.

Dans ce contexte, le patient reçoit un traitement qui doit être accepté et suit une prescription qui doit être obéie. La non-compliance y est le résultat direct d'"aberrations" de la personnalité ou de caractéristiques socio-démographiques (Fig II.4.2), puisque le patient ne fait pas ce qu'il est censé faire. Une autre piste de recherche et d'action creusée par le Modèle Biomédical est celle des caractéristiques physiques et objectives du traitement: complexité, effets secondaires, durée, etc... et de la maladie (durée, complexité (polypathologies), etc...)

FIG II.4.2 : Modèle biomédical de la compliance



APPORTS ET LIMITES

Si les études fondées sur le Modèle Biomédical n'ont pas réussi à dégager de caractéristiques démographiques ou de personnalité, c'est-à-dire de profil prédictif du Non-compliant (Dunbar et al, 1979), elles ont abouti à une importante conclusion: la non-compliance doit résulter d'autre chose que du manque d'expertise du patient ou que des dispositions ou caractéristiques de sa personnalité. Elles ont aussi permis d'identifier certains facteurs "déterminants", liés à la maladie en cause (gravité des symptômes, chances d'amélioration), ou au traitement (complexité, durée, effets secondaires), ou encore que les médecins étaient eux-mêmes aussi peu compliants que les patients, que le délai entre la fixation d'une date de consultation et la consultation influençait la non-compliance (c'est-à-dire ici le taux

d'absence aux rendez-vous de suivi...), et que la compliance était aussi liée à la présence du même médecin lors des différentes consultations auxquelles le patient est allé (Haynes 1979b, Hertroijs 1974, Becker et al 1974a). Enfin, ces recherches ont également permis de poser la question de la relation entre compliance et Etat de Santé, et démontré qu'elle n'est pas proportionnelle dans tous les cas, loin s'en faut (Becker 1985).

Par ailleurs, le Modèle Biomédical passe sous silence deux importants aspects de la compliance :

- 1) le rôle des processus psychologiques et cognitifs chez le patient et dans la relation de soins,
- 2) le rôle des facteurs liés à l'institution concernée et au médecin (et autres personnels de santé).

Il laisse de ce fait plusieurs questions sans réponse, et de plus démontre son incapacité à résoudre le problème, puisque les interventions fondées sur le Modèle Biomédical n'ont pas réussi à améliorer significativement la compliance des patients.

Enfin, j'ajouterai que la perspective, le point de vue duquel se place le Modèle Biomédical, imprime aux actions qui en découlent, une orientation particulière. En effet, partant des postulats que 1) le patient doit se plier aux prescriptions (observance) et 2) que la solution passe par la "correction" chez le patient des causes d'un comportement déviant (la non-compliance), le Modèle Biomédical se place à un niveau d'action "sur" le patient, de modification de celui-ci, d'action prescriptive.

2.A. MODELE DE COMMUNICATION & COMPLIANCE (COMU)

Comme le Modèle Biomédical de la compliance, le modèle dit de communication prend en compte seulement l'une ou l'autre catégorie de facteurs de compliance et perçoit le patient comme un profane à la recherche d'avis expert et de traitement. Il s'en écarte par l'intérêt qu'il accorde aux composantes de la communication, comme facteurs explicatifs de la "réaction" des patients (leur compliance).

DESCRIPTION DU MODELE

Par ailleurs, cette approche n'est en fait que partiellement de communication, car elle ne considère, dans l'étude de la compliance, que certains aspects des modèles de communication, que Mc Guire (1980) réduit à ce qui en est utilisé ici. Ce modèle comprend la communication comme le résultat de la transmission d'un MESSAGE par un EMETTEUR, qui procède au départ à un ENCODAGE, vers un RECEPTEUR, qui le DECODE. Le message, transmis par le biais d'un CANAL, utilise un CODE et produit un EFFET. Chacun des acteurs possède un système de REFERENCE individuel, social et culturel, dont il tire à la fois le contenu, les méthodes et les structures de codage, décodage et attribution de sens dans sa communication. Cette approche s'apparente plus au modèle d'"information". Critiquant ses limites, Leventhal et al (1987) la décrivent comme passant par 6 étapes :

- 1) génération du message (y compris l'information sur les objectifs (compliance) et les moyens de les atteindre;
- 2) réception du message par le public visé;
- 3) compréhension du message;
- 4) rétention de l'information;
- 5) acceptation de l'information reçue et
- 6) comportement ad hoc (= compliance).

D'évidence, il n'est pas question ici d'échange (communication), mais bien d'information (transmission unilatérale de données). Cette distinction dépasse le cadre de la pertinence de l'appellation "approche de communication", ici usurpée parce que limitée, et touche à nouveau aux définitions de la compliance et de l'éducation. La distinction entre information et éducation ne dépend pas seulement du degré d'échange entre partenaires de l'acte de communication. Plus important encore, le degré de "liberté" laissé au patient à l'intérieur du projet éducatif est susceptible d'expliquer les différences de définitions.

Aux extrêmes de cet axe, Bury (1988) situe l'information et la persuasion. Ce dernier concept concerne les méthodes "engagées", visant la modification du comportement du patient vers une meilleure compliance au traitement. Il s'oppose à l'information, considérée comme un moyen d'augmenter le savoir dans le but de permettre un "choix éclairé" chez le patient.

De ce point de vue, l'éducation devient un acte visant les comportements, par le biais d'un certain degré de persuasion, et donc de pénétration de l'information, mais tout en laissant au patient le pouvoir de poser des choix libres. L'Education retrouve ici son sens étymologique (E-ducere: faire sortir de), et s'écarte résolument de la persuasion, et plus encore de la manipulation. L'intérêt de cette distinction est la prise en compte de l'inégalité existant entre le savoir du profane et celui du professionnel, ainsi que de la double question du pouvoir de l'un et de l'autonomie de l'autre.

APPORTS ET LIMITES

Cette approche (COMU) a fourni des apports remarquables à la compréhension de la compliance et des comportements de santé en général. Elle a notamment permis de faire la preuve de l'influence de la formulation et de la clarté du message transmis par le médecin sur le comportement de compliance du patient, ainsi que du fait qu'en général, ce message n'est pas formulé clairement, voire même pas du tout (Svarstad 1976).

De plus, sur le contexte de la relation médecin-malade, et donc des facteurs externes à la

communication, modèle de Communication a exploré le rôle de la satisfaction du patient et des attitudes du médecin (empathie, chaleur perçues) sur les attitudes du patient par rapport à la compliance.

Enfin, les recherches construites sur le Modèle de Communication ont démontré l'importance de rendre "acceptables" les comportements de compliance prescrits en étoffant les informations les concernant par des conseils sur les possibilités de les adapter à la vie quotidienne. L'adaptation de certains aspects du traitement lui-même est envisagée (posologie par ex.) afin de le rendre réalisable. Dans ce cas particulier, le traitement devient négociable, du moins partiellement : modèle de Communication s'éloigne donc, dans certaines applications du moins, du Modèle Biomédical, dans sa définition de la compliance.

Cependant, même dans ce cadre, plusieurs critiques peuvent être adressées au modèle de Communication.

La première concerne l'hétérogénéité des approches possibles sous le terme modèle de Communication, procédant de fondements différents et conduisant à des applications, des recherches et des pratiques diverses voire opposées. Une plus grande clarté est nécessaire pour y distinguer les différentes théories sous-jacentes de la relation humaine. Ce modèle s'apparente en fait aux premiers modèles (mathématiques) de la communication, améliorés et complétés par les modèles socio-linguistiques, cybernétiques et d'interaction, qui reconnaissent une place prépondérante du "récepteur" et de son traitement de l'information (réception, interprétation, reconstruction,...).

Une deuxième critique concerne l'absence d'explication, pour le modèle de Communication, des relations entre informations (savoir), attitudes et compliance. Cette remarque est à relier à la précédente, car certaines recherches (German et al 1982) ont été menées avec un modèle sous-jacent linéaire, du type K-A-P (Knowledge ----> Attitudes ----> Practice), dont la pertinence et la validité ont été remises en question dans d'autres domaines de l'Education pour la Santé, alors que d'autres ne l'ont pas été sur ce mode. En tous cas, la relation K-A-P ne se vérifie pas lorsque le patient est asymptomatique (Hulka et al 1976), et dans certaines situations, l'amélioration de la compliance. n'a pas nécessité une augmentation des connaissances (Conroy 1979), bien que les changements observés aient été de courte durée.

La troisième critique concerne le rôle de la "motivation", que le modèle de Communication a tendance à limiter à une somme d'attitudes (favorables à la compliance.) et de croyances.

Enfin, le modèle de Communication n'aborde pas la question de la compliance à long terme, et des facteurs qui semblent nécessaires pour cela (soutien social, technique d'auto-évaluation et auto-renforcement, etc...), bien qu'en théorie, il puisse inclure de tels facteurs.

2.B. MODELE D'ECHANGE ET RECIPROCITE (MER) (RECIPROCAL EXCHANGE MODEL)

On ne peut apparenter ce modèle à celui de Communication que de loin tant les centres d'intérêt des deux sont différents. Cependant, le Modèle d'Echange et de Réciprocité (Roter et al 1991) vise aussi l'explication du processus de communication médecin-patient et ses conséquences, notamment sur le comportement de santé du patient et sa compliance.

DESCRIPTION ET ORIGINES DU MODELE :

Le MER est inspiré de la théorie de l'interaction sociale (Emerson 1976) et de la théorie de Réciprocité (Gouldner 1960). Ce modèle s'inscrit dans une perspective consumériste de la relation de soins, dans le cadre d'une Education pour la Santé à finalité de participation (activation). Pour Roter et al, malgré un nombre important d'études concernant la relation médecin-patient, et plus particulièrement la communication, et malgré les preuves accumulées de l'influence de la qualité de la communication sur le déroulement de la relation de soins et le comportement du Patient, il n'existe que peu de théories explicatives du processus de communication médecin-patient et de ses effets.

La théorie de la réciprocité, formulée par Gouldner (1960) puis, dans le contexte médical, par Davis (1969), situe la communication médecin-patient dans un contexte d'échange de droits et de devoirs : par ex., devoir du patient de coopérer, en fournissant les informations nécessaires, et droit à une information claire sur son état de santé et son traitement... La faible qualité de l'information du patient par le médecin a été démontrée (Roter et al 1989) et semble être une cause de la réduction des informations fournies par le patient, d'insatisfaction (Ware et al 1983) et de non-respect des prescriptions (non-compliance) (Davis 1969). Le concept de réciprocité implique que le comportement du médecin induit un comportement réactif similaire du patient.

La théorie de l'interaction sociale : alors que Parsons (1951) soutenait que la communication médecin-patient se caractérise par une dissimilarité au niveau du langage, de la compréhension et de l'expérience, rendant le patient incapable de juger la pertinence ou la qualité de l'action médicale (Rôle du malade passif et non critique), Ben-Sira (1976) perçoit le patient comme un "juge critique" de la performance du médecin. Toutefois, cette capacité de jugement serait limitée aux aspects affectifs de la relation : le patient évalue le comportement du médecin dans le domaine affectif et en extrapole la compétence technique via un effet de halo. Par ailleurs, Parsons prône un comportement médical de neutralité affective (professionnel), remis en question par d'autres (voir à ce sujet les modèles de relation de soins chap.I.2).

Pour les auteurs du Modèle d'Echange et de réciprocité, toute communication se caractérise par 3 niveaux:

- dénotatif (intrinsic) : niveau auquel le contenu de la communication est explicite et peut concerner des thèmes affectifs (ou socio-affectifs) ou techniques (médicaux). Cette catégorie inclut les comportements "fonctionnels professionnels" techniques liés à l'expertise médicale. Par contre, sont classés comme affectifs les comportements du type "conversation à caractère social", les critiques, les démonstrations de sympathie, d'empathie et comportements visant à rassurer;
- connotatif (conveyed) : concerne les caractéristiques vocales (ton, timbre...) et leur contenu affectif, c'est-à-dire la manière dont l'individu est pendant la communication, et non ce qu'il dit. Hall et al (1987) ont démontré que le médecin "paraît" plus intéressé lorsqu'il informe le patient que dans toute autre phase de communication lors de la consultation.
- interprétatif (ou attributif) (interpreted) : niveau affectif qui reflète l'impression générale que le "récepteur" du message a de celui-ci. A ce niveau, la communication est porteuse de sens affectif, soit en fonction des 2 niveaux précédents, soit indépendamment d'eux. Par exemple, un médecin qui "informe" peut être perçu comme "concerné" ou intéressé, même s'il n'a manifesté d'intérêt

explicite (dans le contenu de ce qu'il dit) ou implicite (dans le ton de sa voix).

FIG II.4.3 : Modèle d'échange et de réciprocité

Participant Domaine	Médecin	Patient
Socio-affectif	Communication dénotation affective (Conversation sociale, plaisante, compliment, rassurer, intérêt...) Communication connotation affective (Chaleur, ton de la voix, anxiété, empathie...) Communication interprétée Sincérité, prenant soin... Sentiment d'efficacité Affectueux Satisfaction -	Communication dénotation affective (Conversation sociale, plaisante, compliment, rassurer, intérêt...) Communication connotation affective (Chaleur, ton de la voix, anxiété, empathie...) Communication interprétée Sincérité, prenant soin... - Affectueux Satisfaction Sentiment de compétence, confiance
Technique	Questionnement Information Conseils Traitement Transfert (à spécialiste) Concordance sur diagnostic et traitement	Questionnement Information Conseils Traitement Transfert (à spécialiste) Concordance sur diagnostic et traitement

Cette distinction dans les niveaux de communication est, selon les auteurs, de nature à permettre une meilleure clarté conceptuelle par rapport aux comportements du médecin : le fait d'informer le patient peut donc constituer un soutien affectif, mais n'est pas à proprement parler un comportement affectif; ce serait plutôt le reflet d'une compétence ou d'un savoir spécialisé du médecin. L'impact affectif de la communication est donc distinct de son contenu (dénoté) et dépend de la façon dont le contenu est transmis (et "entendu") et de l'impression créée chez le patient.

Si les comportements des médecins se différencient selon le domaine, socio-affectif et technique, ceux du patient se distinguent de la même manière.

Le MER postule que lors de la consultation, des "ressources" sont échangées entre médecin et patient, par le biais d'un processus d'interaction sociale. Ce processus implique que les comportements sont induits, des réponses à des comportements similaires de l'autre..., à l'intérieur d'un même domaine. Entre domaines différents, le principe de réciprocité ne s'applique que partiellement, entre les comportements "techniques" du médecin et les comportements socio-affectifs du patient. Dans ce cas, les comportements du médecin acquièrent une valeur socio-affective pour le patient à travers les niveaux connotatif et interprétatif de la communication. Pour les auteurs, le processus, par lequel la communication participe aux effets thérapeutiques du travail médical, s'effectue tant au niveau dénotatif et explicite de la communication, qu'à celui de l'interprétation, du message d'intérêt et d'implication.

Les préoccupations centrales au Modèle d'Echange et de Réciprocité peuvent être rattachées en partie à celles de Balint et des "groupes" qu'il a inspirés, qui redonnent à la relation de communication médecin-malade un rôle majeur dans la relation de soins.

APPORTS ET LIMITES :

Bien que cette classification offre un intérêt théorique et une utilité pratique évidents, elle paraît limitée, voire incomplète, pour trois raisons :

1) Le niveau dit connotatif (conveyed level) s'intéresse à la forme de la communication verbale : ton, rythme... de la voix. Cependant, la communication n'est jamais seulement verbale et les gestes, regards et positions des "acteurs" transmettent autant de sens et d'affectivité que les paroles. Plus encore, le mode de communication (affirmations, questions, interruptions de l'autre, silences...) est également porteur de sens et d'interprétation. Cassel et al (1990) ont montré que lors de consultations de médecine générale, le médecin laissait le patient s'exprimer librement (sur la raison de sa visite) pendant 20 secondes, avant de l'interrompre par des questions de plus en plus précises et fermées, et que les patients n'étaient autorisés à terminer leur exposé que dans 23% des cas. En laissant le patient exprimer sa "plainte" jusqu'au bout, celle-ci ne prend en moyenne qu'une minute, et 2 min 30 dans les cas les plus longs. Dans cette situation, il y a eu manifestement communication (échange), et probablement de démonstration d'intérêt, mais les patients se considéraient insatisfaits et percevaient le médecin comme peu intéressé par leurs informations (spontanées).

2) Lorsque Roter et al disent que le soutien affectif par l'information du patient n'est pas un comportement affectif, mais bien technique, relatif à des compétences, elles défendent un point de vue "techniciste" de la communication. En effet, dans les pays anglo-saxons, l'amélioration de la communication médecin-patient est souvent perçue comme une question de "capacité", d'acquisition de savoir-faire technique, de know how... Au contraire, il semble que le développement et l'amélioration de cette communication soient sous-tendues par une modification de l'attitude du médecin (et du patient) vis-à-vis de la nature de la relation de soins. "Apprendre à mieux communiquer, c'est avant tout apprendre à vouloir communiquer, et échanger" et, dans un échange, il y a deux partenaires à égalité, contrairement à la situation "classique" de la consultation médicale, où existe de fait un déséquilibre entre le médecin (puissant, actif) et le patient (requérant, en position d'infériorité, passif...).

Une communication "améliorée" seulement sur la forme restera incomplète, tronquée, voire manipulatrice, et probablement insatisfaisante. Ceci dit, il est probable qu'en modifiant les comportements de communication des médecins, par un apprentissage "technique", on finisse par observer un changement de leur perception de la relation de soins tout entière et, dans ce cas, l'information du patient redevient un "comportement affectif" du médecin, et non seulement un acte technique. Mais pour que ce transfert "du technique vers le fondamental" puisse s'opérer, il faut qu'il soit clair dans le projet du formateur (et éthiquement parlant, dans celui de l'apprenant, sinon on retombe dans la manipulation !).

3) Enfin, et c'est peut-être la limite principale de ce modèle, le MER analyse de manière approfondie la communication médecin-malade, mais, ce faisant,

- a- il inscrit la relation de soins dans un "mano a mano" et exclut les autres soignants et prescripteurs du processus, de même que leurs interactions, synergies et paradoxes, dont le rôle, dans le contexte d'institutions de soins autres que le cabinet privé, est trop important pour être passé sous silence,
- b- il exclut aussi les facteurs organisationnels du contexte, liés à la structure et au fonctionnement de l'institution, et dont l'importance a été pressentie par quelques chercheurs,
- c- il "oublie" enfin les caractéristiques personnelles et sociales du patient, que ce dernier apporte en "préalable" à sa rencontre médicale, déjà abondamment documentées dans les autres modèles, et qui ont une place indiscutable dans le processus.

3.A THEORIE DU LIEU DE MAITRISE DE LA SANTE (HEALTH LOCUS OF CONTROL) (HLC)

L'existence d'une relation entre la croyance d'une personne en sa capacité de contrôler (avoir le contrôle de, maîtriser) sa santé et ses comportements de santé est issue de la théorie plus générale du Locus of Control (Rotter 1954). L'application à la santé a été développée dans les années 70 (Wallston et al 1978a) au cours desquelles ont été mises en exergue les modifications volontaires des comportements de santé (Green et al, 1980) et la responsabilité individuelle vis-à-vis de la santé (Lalonde 1974, Knowles 1977).

Par la suite, cette relation a été remise en question, du fait de l'existence de limites au contrôle individuel de la santé, défendue par les tenants d'une approche "structurale", plutôt qu'individuelle, de la santé (Green et al 1988).

Par ailleurs, les recherches concernant la relation "sentiment de contrôle - comportements de santé" ont obtenu des résultats variés, la relation trouvée n'étant pas toujours puissante, bien que significative. Toutefois, le message dominant des programmes de prévention a longtemps été (et est toujours) que l'individu devrait être responsable de sa santé. En termes de "contrôle", il est encouragé à maîtriser sa santé, et donc adapter son comportement de santé. Cette stratégie de responsabilisation a été remise en question (Navarro 1976, Crawford 1978, Bensaid 1981) et l'attention attirée sur les risques de "victimisation" ou culpabilisation des victimes, qui constitue pour certains un outil idéologique des classes dominantes pour éloigner l'attention des causes structurelles des problèmes de santé, ou même pour asseoir la domination (et son bien-fondé) de ces classes. Plus encore, Crawford (1980) avance l'idée d'un risque nouveau de la responsabilisation : "les personnes qui deviennent individuellement "responsables" de leur santé seront-elles capables d'agir collectivement pour modifier les facteurs environnementaux qui influencent leur santé et qui fournissent le contexte social favorable à leur comportement responsable ?".

DESCRIPTION ET ORIGINES :

Le concept de "locus of control" ou "foyer de contrôle", que je traduis par "lieu de maîtrise" se définit comme "une attente générale, opérant dans différentes situations, concernant le niveau de maîtrise qu'une personne croit avoir sur les événements qui la concernent" (Lefcourt, 1966).

Le lieu de maîtrise peut être interne (événements maîtrisés par l'individu) ou externe (événements dont la cause est externe).

Plusieurs concepts similaires ont été relevés par Lefcourt : maîtrise (mastery), compétence, aliénation, impuissance, et Bandura (1977) : auto-efficacité. Alors que "maîtrise" et compétence font référence à un lieu de maîtrise interne, aliénation et impuissance sont rattachés au concept de lieu de maîtrise externe. Ces différents concepts pourraient donc n'être que des modalités du lieu de maîtrise qui les englobe.

Le sentiment d'"auto-efficacité" (ou sentiment de maîtrise d'un comportement) est, comme le lieu de maîtrise, une attente (expectation). Mais, alors que le lieu de maîtrise est une attente relative au résultat (la santé), le sentiment de maîtrise est une attente en termes de capacité à agir en vue de produire le résultat. Une personne peut donc simultanément croire que le cours d'un événement (par ex, l'amélioration de son état de santé) dépend d'elle, mais qu'elle n'a pas les capacités d'agir nécessaires pour l'influencer. **En clair, le lieu de maîtrise concerne la santé, alors que le sentiment de maîtrise concerne le comportement.**

Selon les recherches de Stretcher et al (1986), les similitudes et différences que présentent respectivement le HLC et le concept d'auto-efficacité perçue en font des facteurs complémentaires, qu'il convient d'inclure dans tout essai d'explication des comportements préventifs.

Dans le champ de l'Education du Patient, et particulièrement celui de la compliance, le HLC occupe une place privilégiée, et bien des études l'ont pris en considération, souvent en combinaison avec d'autres facteurs. Il est d'ailleurs présent, comme le chap suivant le montrera (chap. III.1), dans la plupart des approches et modèles intégratifs.

La relation entre le lieu de maîtrise et le comportement n'est donc pas nécessairement proportionnelle. Ce n'est pas parce qu'un individu pense qu'il contrôle une situation qu'il se comportera sans risques. L'exemple de l'utilisation des équipements de sécurité dans les entreprises le démontre clairement : un ouvrier pense que les risques encourus lors de l'utilisation d'une machine ne dépendent que de lui et, de ce fait, il néglige les protections prévues parce qu'il pense contrôler la situation (Rodin, 1986). Plus encore, dans certains cas, le lieu de maîtrise (interne) tourne à l'obsession et conduit à des situations psycho-pathologiques (Schoor et Rodin, 1984) lorsqu'un individu cherche à tout prix à contrôler toutes les situations vécues. Enfin, dans certains cas, l'existence d'un lieu de maîtrise interne puissant empêche le recours approprié à une aide extérieure, par exemple consulter un médecin. Développer un lieu de maîtrise interne chez un individu n'est donc pas nécessairement souhaitable ou pertinent.

Enfin un lien peut être établi entre le lieu de maîtrise de la santé et la théorie d'attribution causale (Heider 1958, Kelley 1967) sur laquelle je reviendrai. Il pourrait s'agir des deux volets d'une même question, dans la domaine de la santé en tous cas: L'attribution causale permettant de comprendre le lieu où le patient situe la cause de son état de santé et de sa maladie, elle pourrait être le "reflet" du lieu de maîtrise de la santé. Toutefois, ce reflet est inversé: la maladie étant un événement indésirable (ou négatif), son lieu d'attribution devrait être externe (selon la théorie de l'attribution). L'intérêt de cette distinction pourrait résider dans son application pratique: selon que l'on se focalise sur la santé ou la maladie, le "lieu" pourrait être perçu autrement par le patient et devenir ou non un moteur d'action.

Influences structurelles sur le HLC : alors qu'à ses débuts, le HLC avait été classé parmi les facteurs relatifs à la personnalité, il est actuellement clair qu'il ne se limite pas à cela : si le LC général d'une personne est lié à sa personnalité, il n'influence que partiellement le HLC, qui varie en fonction des situations (type de problème de santé concerné, etc...) et du niveau possible de contrôle des événements.

Des facteurs "environnementaux", structurels, sociaux, influencent manifestement le HLC, tout autant que les facteurs cognitifs individuels. Chaque comportement préventif offre donc deux explications complémentaires au moins, l'une relative aux attitudes personnelles et l'autre structurelle, chacune susceptible de renforcer ou inhiber le sentiment de maîtrise de la santé.

Par ailleurs, en Belgique, Capet (1985) a développé un concept similaire. A partir d'une enquête approfondie par entretiens, Capet a dégagé ce qu'elle a appelé des "logiques culturelles" d'autogestion de la santé. Proches des lieux de maîtrise, ces logiques se divisent en "logique d'abandon" et "logique de gestion", qui correspondent respectivement aux deux subdivisions du HLC initial: HLC externe et HLC interne. Une différence de taille apparaît toutefois: si le HLC étudie le lieu de pouvoir sur la santé, les "logiques" s'attachent aux modes d'action. En un sens, elles vont plus loin, mais sans définir les fondements de ces modes d'action. Le travail de Capet complète donc l'apport du HLC puisqu'il en donne les orientations de comportement.

Capet présente les logiques culturelles à partir de 4 types de pratiques: le selfcare (autotraitement), l'automédication, le recours au médecin, et les attentes vis-à-vis du médecin (cf FIG II.4.4.) Cette explication des logiques les rapproche aussi du concept de "sentiment de maîtrise des comportements de santé" (autoefficacité), qui est conceptuellement lié au HLC, mais pour lequel Capet trouve des liens concrets. Dans les paragraphes précédents, j'ai rappelé qu'un HLC interne élevé n'était pas nécessairement cohérent avec une prise en charge active et adéquate de la santé; le patient concerné s'estimant maître totalement de sa santé, il risque de ne pas être capable de se référer aux professionnels en temps utile. Capet donne, dans la définition de la logique de gestion un profil concret de l'"INTERNE NON EXCLUSIF", mais en même temps, sa dichotomie exclut certains types de logiques possibles, dont celui de l'"INTERNE EXCLUSIF" décrit ci-dessus.

Ceci renforce mon hypothèse qu'un typologie dichotomique (Capet, le HLC initial), voire trichotomique (le HLC actuel) sont insuffisants à cerner la complexité de la réalité. Capet le reconnaît et propose une "variante de la logique d'abandon" qui prend en compte certains aspects des deux logiques, mais cela me semble insuffisant.

FIG II.4.4.: Logiques culturelles et pratiques associées:

Capet, 1985

	LOGIQUE D'ABANDON	LOGIQUE DE GESTION
	La solution viendra de l'extérieur, les "intervenants" (médecin, médicaments) ayant un grand poids. L'expert est le gérant de la santé du patient.	La solution peut venir du sujet, qui cherchera ailleurs s'il n'arrive pas à gérer le problème. Le sujet est le principal gérant de sa santé
	Le médecin est le détenteur du savoir, et la relation est de subordination.	Le médecin est détenteur d'un savoir, et la relation est de partenariat.
	Pratiques d'abandon	Pratiques de gestion
AUTOTRAITEMENT selfcare	Quasi inexistant sous autre forme que l'automédication.	Important recours aux moyens simples non-médicamenteux.
AUTOMEDICATION	Importante mais non reconnue comme telle	Evitée dans un premier temps, mais reconnue lorsqu'elle est utilisée.
RECOURS AU MEDECIN	Rapide	Postposé; lorsque la personne a épuisé les ressources de son domaine.
DEMANDE VIS-A-VIS DU MEDECIN	Aspect prescripteur dominant: le médecin doit prescrire des moyens forts et rapides.	Aspect relationnel dominant: le médecin doit expliquer, et peu prescrire.

Partant de cette observation, j'orienterai l'opérationnalisation du concept de HLC vers une diversité de possibilités. A ce stade, cela pourrait se présenter comme suit. En fonction du poids respectif de chaque dimension du HLC (interne, externe, chance), et par ordre décroissant de poids, on pourrait obtenir un profil de HLC parmi les suivants: IEC, ICE, EIC, ECI, CEI, CIE. Certains ont forcément plus de possibilité d'apparaître que d'autres, le E (externe) étant plus souvent lié au C (chance) et leur association plus probable.

La recherche de Capet éclaire les précédentes, et m'amène à formuler l'hypothèse de l'existence de deux axes distincts d'explication du concept de HLC: celui du pouvoir perçu sur la santé (qu'est-ce que je peux ?) et celui de la responsabilité perçue de la santé (Qu'est-ce qui est de mon rôle ?). Ces nuances devront être incluses dans toute opérationnalisation et évaluation de ce concept, et leur pertinence examinée.

REMARQUES METHODOLOGIQUES ET D'OPERATIONNALISATION

Concept développé en 1973 par Wallston et al, le HLC est opérationnalisé par deux échelles de mesure: HLC scale et mHLC scale (HLC multidimensionnel). L'échelle du mHLC fut créée en 78, lorsque wallston eut constaté que le HLC, initialement conçu en deux dimensions (interne et externe), était formé de 3 dimensions distinctes :

- . le IHLC, HLC interne à l'individu lui-même,
- . le CHLC, HLC externe lié à la chance ou au hasard,
- . le EHLC, HLC externe lié à l'influence d'autres personnes.

A ce sujet, j'ai observé à plusieurs reprises (Deccache et al 1990, Mossiat et al 1991) que deux sortes de HLC internes existent en fait: l'un concerne ce que le patient est (hérédité, âge, sexe) et touche plutôt au HLC chance, et l'autre concerne ce qu'il fait. Le premier n'induit évidemment en rien un

sentiment de pouvoir, bien au contraire. Il y a donc, à mon avis, une distinction à faire entre un HLC interne "modifiable" et un "immuable". Cette remarque conduit à devoir accorder une attention particulière à l'opérationnalisation du concept, afin d'assurer que la mesure du HLC soit valide.

Plusieurs recherches ont montré une relation entre le HLC et les comportements de santé, mais le HLC n'explique qu'une partie seulement de la variance des comportements de santé (selon les études, de 20 à 25%). L'existence de plusieurs autres facteurs, indépendants ou interdépendants, expliquerait ce résultat (Strickland 1978, Wallston et al 1981, Seeman et al 1983).

Le HLC n'offre donc d'intérêt que dans la mesure où il est associé à d'autres facteurs significatifs.

De plus, les premières études utilisant le HLC n'ont en fait mesuré qu'un sentiment général de contrôle de la santé, probablement peu précis du fait de la différence de la capacité réelle de contrôle selon les situations et les problèmes de santé considérés, certaines situations étant plus contrôlables que d'autres! Une utilisation spécifique, plutôt que générale, du HLC est donc recommandée.

Une recherche menée par Allison (1987) confirme d'ailleurs ce point de vue : ayant étudié les effets du HLC dans le cas des maladies coronariennes et du cancer bronchique, chez deux populations, Allison a mis en évidence une différence importante et significative des comportements préventifs relatifs au problème de santé concerné selon le type de HLC découvert dans la population. Dans cette étude, une mesure plus générale du HLC a été également effectuée et ne montre qu'une relation moindre entre HLC et comportements préventifs.

Une autre imprécision du concept de HLC touche à la nature de la relation entre HLC et comportements préventifs:

Une première question concerne la direction de la relation (causale ?) entre HLC et comportements préventifs. La relation "HLC ---> comportements préventifs" reste hypothétique, puisqu'aucune recherche n'a poussé au-delà des corrélations. Il se pourrait que la relation inverse soit vraie, bien que les chercheurs en Education pour la Santé continuent d'accepter la première hypothèse. Pour Bury, il se pourrait que les deux hypothèses soient correctes, le sens d'influence variant en fonction de l'histoire de la maladie, des traitements, etc...

Une deuxième question concerne les effets des comportements préventifs, à savoir une influence en retour sur le HLC. Cette influence réciproque probable, mais non-simultanée, est compatible avec la théorie d'apprentissage social développée plus loin.

4.A LES THEORIES "VALEUR-ATTENTE": INTRODUCTION (VALUE-EXPECTANCY THEORIES) (TVA)

La Théorie cognitive (Kohler 1925, Lewin 1935), aussi appelée théorie valeur-attente est, avec les théories comportementalistes de "stimulus-réponse" et les théories de la personnalité, une des bases sur lesquelles se fondent les modèles explicatifs des comportements de santé et de la compliance.

En fait, cette théorie influence partiellement 13 des 19 modèles analysés dans ce chapitre, et dont 6 se réclament principalement de la théorie de "valeur-attente". Il s'agit du Modèle des croyances de santé (HBM), des théories d'action raisonnée (TAR et TAR2), de la théorie des comportements interpersonnels (TCI), de la Théorie des comportements planifiés (TCP) et de celle des "multiattributions" (MUT), qui seront présentés dans les pages suivantes.

DESCRIPTION ET ORIGINES DE LA THEORIE

Alors que la théorie du "stimulus-réponse" postule que l'apprentissage est le résultat de feed-back renforçant le comportement, les théories cognitives mettent l'accent sur les attentes et raisonnements des individus. Fondées sur la "valeur" subjective accordée à l'effet d'un comportement et sur l'"attente" (ou la croyance) qu'il produira l'effet escompté, ces théories sont dites de "valeur-attente" (Value-expectancy theories). Les processus cognitifs en sont la préoccupation principale, et bien qu'elles reconnaissent aussi l'importance des renforcements, elles donnent à ces derniers un rôle d'influence sur les attentes plutôt que directement sur le comportement.

L'application des théories de Valeur-Attente au contexte des comportements de santé s'est traduite par:

Valeur = désir d'éviter la maladie ou d'être en bonne santé.

Attente = croyance qu'un Comportement de santé préventif réduira le risque de maladie.

Les théories valeur-attente modernes prennent leurs racines :

- . dans la psychologie sociale, et ses recherches sur les relations attitudes-croyances-comportements (Cooper et al 1984),
- . dans la théorie du comportement décisionnel énoncée par Edwards (1954), et
- . dans le principe de "maximisation" énoncé par Blaise Pascal (1663 ?).

Ce principe affirme que : la valeur attendue d'une action est la somme algébrique de la valeur accordée à chaque résultat potentiel de cette action et la probabilité de chaque résultat d'être obtenu si l'action est entreprise. Une personne effectuera le choix du comportement le plus capable de fournir des résultats (positifs) et de réduire les conséquences négatives. En d'autres termes, un comportement est déterminé par l'importance accordée à ses effets et à la croyance qu'il sera efficace (suivi des effets attendus).

Le Modèle des Croyances de Santé (HBM) et la Théorie de l'action raisonnée (TAR) sont fondés sur les concepts de psychologie sociale, et la Multiattribute Utility Theory l'est sur la théorie de la décision. En outre, toutes les trois acceptent le principe de maximisation, de Pascal : en cela, elles sont des TVA !

Outre les concepts de valeur et d'attente succinctement décrits ci-dessus, les TVA appliquées à la compliance posent que:

- Le résultat ou conséquence (outcome) d'un comportement peut être objectivé (p. ex. : gain financier) ou subjectif (amélioration de la sensation de bien-être).
- L'estimation subjective de la valeur accordée au résultat d'un comportement est nommée "utilité" dans la théorie de la décision, et "Attitude" dans la Théorie de l'Action Raisonnée.
- Les attitudes sont des jugements subjectifs de valeur, reflétant, sur un continuum (échelle d'attitude), une disposition (favorable ou défavorable) envers un objet.
- Le concept de "valeur" peut donc être couvert par celui d'utilité ou d'attitude, et le concept d'"attente" (probabilité de production d'un résultat) par ceux de "croyances de résultat" ou de

"probabilité subjective" d'atteinte du résultat.

- En concordance avec le principe de maximisation, les Théories Valeur-Attente ne sont applicables qu'aux comportements volontaires. Deux versions de la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) ont d'ailleurs été formulées pour étendre la théorie aux comportements non volontaires, relativement nombreux dans le champ de la santé. Les modèles et théories qui en sont issus, Théories des Comportements Interpersonnels (TCI) et Théorie du Comportement Planifié (TCP) seront présentés plus loin.

Enfin, comme je le signalais dans l'introduction de ce chapitre, plusieurs modèles, dont le modèle des croyances de santé (Health Belief Model, HBM) font la synthèse de plusieurs de ces théories.

4.B. LE MODELE DES CROYANCES DE SANTE HEALTH BELIEF MODEL HBM - COMPLIANCE

DESCRIPTION ET ORIGINES DU HBM

Le modèle des croyances de santé (Health Belief Model, HBM) est issu de théories d'apprentissage dérivées de la théorie du Stimulus-Réponse (Thorndike 1898, et Watson 1943) provenant des théories du conditionnement (Thorndike 1898, Pavlov 1927, etc...) et de la Théorie cognitive (Kohler 1925, Lewin 1935), aussi appelée théorie valeur-attente (voir pages précédentes sur ces théories).

La majorité des recherches visant la compréhension du phénomène de non-compliance, et menées entre 1955 et 1975 (plusieurs centaines de publications), s'étaient limitées à des facteurs, aisément identifiables et mesurables, tels que ceux liés 1) au patient (caractéristiques démographiques et sociologiques de base), 2) à la maladie (gravité, durée, niveau de handicap), 3) au traitement (type, complexité, durée, inconvénients...).

Toutefois, la critique de Becker et Maiman (1975) relative à l'impossibilité d'agir sur ces facteurs paraît peu fondée actuellement : 15 ans après ce texte, on sait que des modifications du traitement, en vue de le rendre plus facile à suivre (complexité simplifiée par l'introduction de médicaments à prise unique ou à principes actifs multiples, et à effets secondaires réduits par modification de la posologie ou du dosage) ou plus acceptable (prescription négociée et non imposée, choix de traitements adaptés au style de vie...) sont possibles. On sait aussi que la complexité du traitement, par exemple, est un double facteur: il est rattachable à la nature du traitement (et concrétisé par le nombre de mesures prescrites) et aux facteurs liés au patient (ce dernier percevant subjectivement la complexité, en fonction de ses capacités propres et non du nombre "objectif"). Il y a donc complexité perçue et complexité objectivée. Les deux sont liés, ils influencent ensemble, par interaction, le comportement du patient (Deccache et Lavendhomme 1989).

La première version du Modèle des croyances de santé (Health Belief model, HBM) a été développée par Hochbaum (1958) et Rosenstock (1960) dans une recherche d'explication des raisons de la faible participation de la population aux campagnes de dépistage organisés par le Service Américain de Santé Publique. Par la suite, il a été reformulé pour être appliqué aux comportements de patients (souffrant de symptômes) (Kirscht, 1974), et aux comportements de compliance (Becker et al, 1974 et 1975).

En plus du fait d'avoir été le premier regard pluridisciplinaire, et non-exclusivement médical, sur les comportements de santé, le HBM a aussi été le modèle le plus utilisé en Education pour la Santé, jusqu'aux années 80. Green et al (1980) l'ont incorporé à leur modèle PRECEDE (voir pages suivantes) pour l'explication des prédispositions des personnes à agir. Becker l'a étoffé en 1985 de plusieurs facteurs proposés par d'autres chercheurs. Actuellement, le HBM reste inclus dans la plupart des explications proposées, malgré et en raison de ses limites, parce qu'il constitue toujours une aide importante à la compréhension des comportements de santé (et de la compliance). Toutefois, sa perspective limitée à la prévention des problèmes (et donc orientée vers la maladie) en fait un modèle inadapté, partiellement du moins, à l'approche de Promotion de la Santé.

Un modèle socio-comportemental de la compliance (le HBM) :

Le modèle original incluait les éléments suivants (FIG II.4.5) :

- l'état de "préparation à agir" déterminé par le sentiment d'être concerné par le risque (vulnérable) et la perception de la gravité du risque (voir la situation comme sérieuse),
- l'évaluation subjective des bénéfices (efficacité potentielle, mieux-être,...) du comportement préventif par rapport aux Inconvénients (barrières) perçus (physiques, psychologiques, financiers, sociaux, etc...),
- des "déclencheurs d'action" (cues to action) internes (apparition de symptômes, perception de l'état

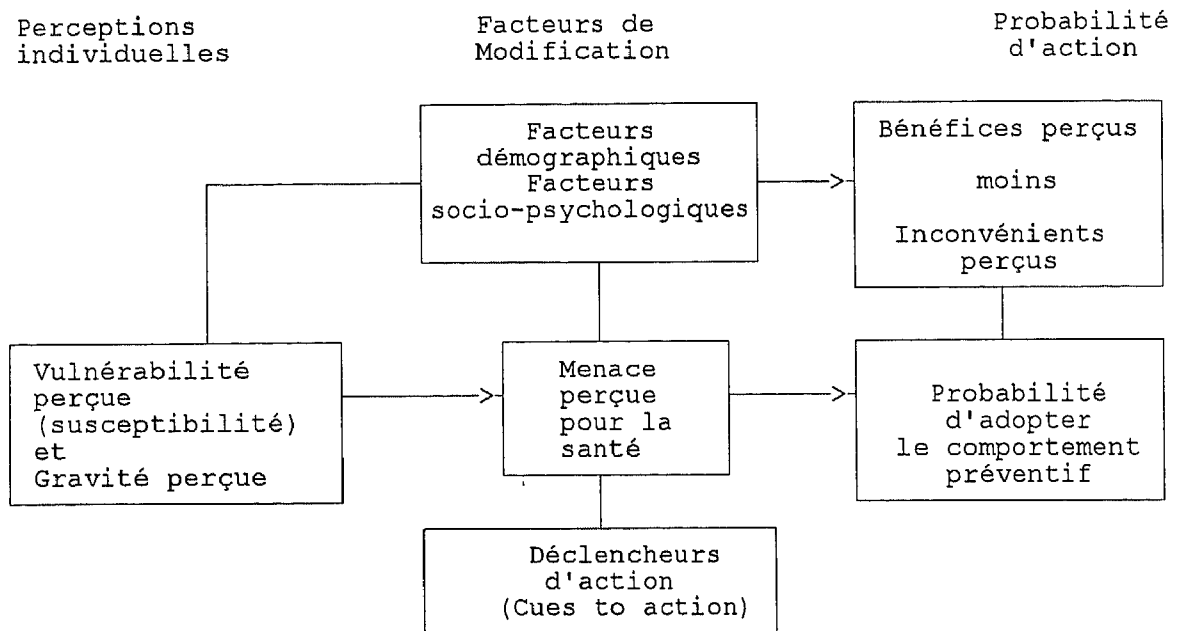
- de santé), ou externes (communication interpersonnelles, de masse, ou avis d'autrui, y compris Personnels de Santé),
- enfin, différents facteurs démographiques (âge, sexe, race, ethnie,...) et socio-psychologiques (personnalité, statut social, pression et normes sociales,...) sont inclus dans le HBM, mais ils sont supposés influencer la motivation et indirectement seulement, la "compliance" aux recommandations de comportement préventif.

La "Valeur" (des Théories valeur-attente) s'identifie ici comme le désir d'éviter la maladie ou la rechute, ou d'être en bonne santé. L'attente est la croyance qu'un comportement préventif réduira le risque de maladie. Cette attente a été subdivisée, dans le HBM, en croyances en la vulnérabilité personnelle à la maladie, et en la gravité du risque couru, ainsi qu'en la possibilité de réduire la menace par le comportement préventif adéquat.

Atkinson (1964) ajoute à ces deux facteurs le fait que l'individu ait une motivation à agir (désir de voir la conséquence survenir). Sa théorie de la motivation est inspirée de la théorie dynamique de la personnalité, de K. Lewin (1935).

FIG. II.4.5. : Le HBM appliqué aux Comportements de Prévention

(d'après Becker, 1974)



Application du HBM à la compliance

Bien que plusieurs recherches (voir à ce sujet la revue de Janz et Becker, 1984) aient démontré la valeur explicative et prédictive du HBM initial, son application au rôle de malade et à la compliance, nécessitait de revoir la pertinence de certains facteurs qui étaient adaptés au comportement préventif.

Sentiment de vulnérabilité

Dans le cas de traitements prescrits à des patients, un diagnostic de maladie a déjà été posé. Une nouvelle dimension devient nécessaire : celle de "re-susceptibilité" ou vulnérabilité à la rechute et aux complications. Ce nouveau facteur a été trouvé en relation avec la compliance par Heinzelmann (1962), Elling et al (1960) et Becker et al (1967). Seuls Gordis et al (1971) ont trouvé plus de non-compliants parmi des parents d'enfants malades : leur (intéressante) hypothèse est que les non-compliants se sentent peut-être plus vulnérables à une rechute du fait même de leur non-compliance. Cette observation reste à vérifier, mais l'analyse des données relatives à ces facteurs devra envisager cette explication, qui de plus met en évidence la possibilité d'un "effet en retour" du comportement sur les perceptions, où la relation deviendrait

Sentiment de vulnérabilité à la rechute -----> Compliance
 <----- Non-compliance

Gravité perçue de la maladie

Elle est comprise ici comme la croyance qu'être malade (ou rechuter) provoquera des inconvénients sérieux tant sur le plan organique que personnel et social. Becker insiste sur le fait qu'il s'agit bien ici de la gravité subjective et non de celle que le médecin évalue ou objective; il rappelle d'ailleurs que les études concernant la relation de cette dernière et de la compliance ont montré soit un lien négatif, soit une absence de relation.

Alors que peu de recherches ont trouvé une relation entre la gravité perçue et l'adoption de comportement préventif, plusieurs autres ont mis en évidence un lien clair et significatif avec la compliance au traitement (Heinzelmann 1962, Gordis et al 1971, Charney 1972, Becker et al 1967, Francis 1969). Becker explique cette différence par l'influence que les symptômes (actuels ou antérieurs) ont sur la perception de la gravité. Une autre explication possible est d'une part que dans un modèle multifactoriel, on ne peut pas s'attendre à ce que chaque facteur explique seul le résultat et, d'autre part, que d'autres facteurs, non prévus par le HBM, jouent ici un rôle de variable confondante, par exemple le lieu de maîtrise de la santé (HLC).

En effet, le HLC, qui représente, pour un individu, le sentiment de contrôle de sa santé, peut être un facteur intermédiaire entre la gravité perçue et la compliance : il ne suffirait pas de percevoir le risque comme sérieux, mais il faudrait aussi se croire capable d'agir sur sa santé et sur le risque.

Bénéfices et inconvénients perçus

Comme dans les situations de comportement préventif, ces facteurs, multidimensionnels, semblent agir aussi pour la compliance aux traitements (Elling 1960, Heinzelmann 1962). Cependant, comme ces bénéfices et inconvénients sont constitués de plusieurs variables, Becker ne les a pas regroupés dans le HBM appliqué à la compliance, mais cités un par un : croyance en l'efficacité du traitement, en la compétence du médecin, crainte de la douleur ou de l'inconfort, du coût financier, des effets sur la vie sociale ou familiale, effet de la complexité du traitement, de sa durée, de ses effets secondaires et même de son accessibilité.

Toutefois, alors que la plupart de ces facteurs peuvent se traiter "objectivement" (efficacité du traitement, par ex.) ou subjectivement (perception par le patient de cette efficacité), Becker ne précise pas, pour chaque facteur, la dimension qu'il juge significative. Plus encore, il classe les facteurs relatifs au traitement parmi les facteurs structurels.

Interactions

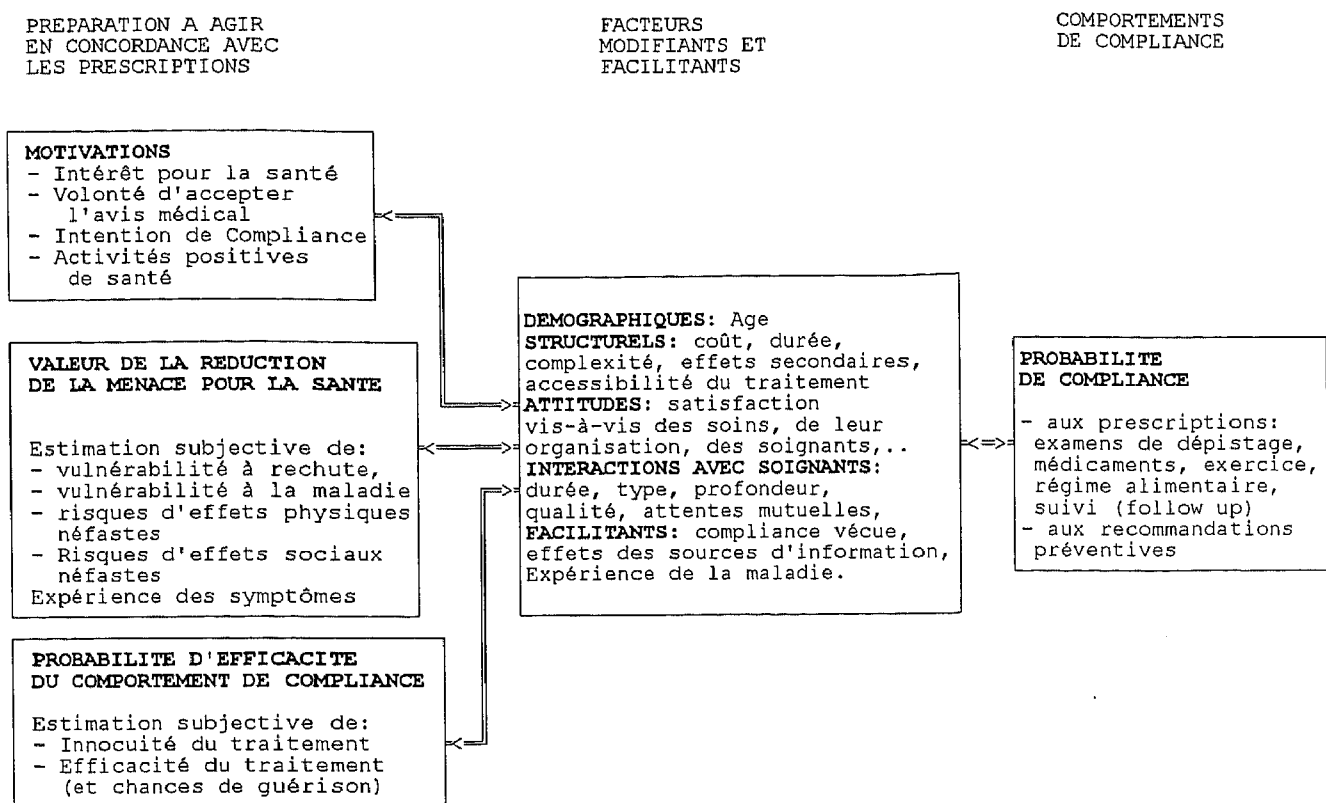
Soutenant l'hypothèse de la multifactorialité de la compliance, Becker se fonde sur le fait que les corrélations les plus significatives apparaissent entre la compliance et des combinaisons de perceptions et croyances (pour les comportements préventifs et pour le rôle de malade).

Motivation

Définie comme un "éveil affectif de l'individu, causé par certains stimuli", par exemple les questions relatives à sa santé, elle est rattachée au "moteur" que constituent les sentiments de vulnérabilité et de gravité. Toutefois, il considère que l'intérêt pour la santé est un facteur supplémentaire de motivation, qu'il ajoute au HBM initial.

La motivation a été mesurée de plusieurs façons, certains auteurs se focalisant sur le désir et l'intention de compliance, d'autres sur le sentiment ou le degré d'implication (involvement) des patients.

Le fait de citer la motivation, que les auteurs du HBM modifié utilisent, ne constitue pas une marque d'accord avec leurs arguments, pas plus d'ailleurs qu'avec ceux des autres facteurs. Dans l'introduction de ce chapitre, j'ai abordé cette question par rapport au point de vue de Redman, qui parle aussi de motivation, mais comme "état de préparation à agir", concept général qui est la résultante des autres facteurs. Par ailleurs, si la recherche sur ce concept est limitée, c'est probablement à cause de la difficulté de le définir et au fait qu'il apparaît comme la résultante de plusieurs autres facteurs: en tous cas, sur le sujet de la compliance et sur l'Education du Patient, la question ne fait ni l'unanimité ni l'objet de recherches approfondies.

FIG. II.4.6. : Le modèle HBM appliqué à la compliance*(d'après Becker et Maiman, 1975)*

Facteurs de modification

- Relation Médecin-Patient : elle inclut plusieurs dimensions : qualité de la relation, de la communication, type de communication (mode, habituel ou non), satisfaction, réciprocité de la relation,...
- Suivi médical : la permanence de la relation, et donc du médecin, influence le suivi de l'état du patient et, par conséquent, la compliance.
- Influence (pression) sociale : elle agit sous plusieurs formes: élaboration de croyances (et représentation), besoin de conformisme... et inclut le groupe familial et l'entourage proche.
- Variables démographiques et de personnalité : Becker ne retient des facteurs démographiques du HBM initial que celui relatif à l'âge, en raison de l'influence des extrêmes d'âge sur la compliance. Le sexe, le niveau d'intelligence ou d'instruction, le statut marital ne sont pas corrélés avec la compliance. La personnalité, mesurée par le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ne présente pas non plus de corrélation.

Cette mise à l'écart de certains facteurs présente des défauts dans la démonstration : par exemple peut-on accepter qu'une mesure de la personnalité soit un argument suffisant pour l'exclure ? De plus, si les variables socio-démographiques classiques sont peu liées à la compliance, d'autres, peu étudiées, le sont peut-être. J'ai pour ma part (Deccache et al 19.....) observé des relation proportionnelle significative entre le type de profession (niveau de responsabilité, de faible à élevée) et certains comportements de santé, relation probablement liée à l'habitude de prendre des décisions dans la vie courante.

REMARQUES METHODOLOGIQUES ET D'OPERATIONNALISATION

Becker indique que malgré la diversité des méthodes utilisées pour la mesure des éléments du HBM, ce dernier montre toujours une relation avec la compliance, voire même sa capacité à la prédire. Par exemple, pour la vulnérabilité, un chercheur mesure la "possibilité" de contracter la maladie, un autre la probabilité de tomber malade, un troisième la vraisemblance d'une rechute,...

Pour ce qui est de la mesure des croyances et perceptions, Becker indique qu'il est souhaitable de remplacer les mesures de type dichotomique par d'autres, plus sensibles, comme les échelles d'intervalle.

De plus, sur la mesure de la compliance, il rapporte que dans une recherche de Gordis et Markowitz, la compliance déclarée était surestimée de 31 %, et il met en garde contre les mesures peu fiables, ou mal interprétées. Becker rappelle aussi que le HBM est un modèle multifactoriel où les déterminants de la compliance interagissent, et que des méthodes d'analyse multifactorielle sont nécessaires à la compréhension des effets combinés des facteurs étudiés. Il se situe de ce fait clairement dans une perspective quantitative, dont la pertinence n'est pas toujours garantie.

Enfin, Hochbaum (1958) avait porté son attention sur les raisons d'adoption des comportements préventifs plus que sur les raisons de non-comportement, mettant l'accent sur les facteurs favorisant. Etudier la non-compliance (quand elle est reconnue par le patient, elle n'est pas surestimée) résoudrait le problème de la validité de la mesure de la compliance, mais en poserait donc un autre!

En 1977, Bandura a proposé d'ajouter une cinquième perception aux facteurs du HBM original (1974): la croyance en l'efficacité personnelle (perception of self-efficacy) dans la réalisation des comportements de compliance visés. Par rapport à la compliance, cette croyance pourrait se traduire, selon de Weerd et al (1989), par une perception du niveau de difficulté du traitement à suivre, qui ne devrait idéalement pas être trop difficile à suivre.

La raison pour laquelle la croyance en l'efficacité personnelle (aussi appelée Attente ou sentiment de maîtrise du Comportement, (présentée plus loin) n'a pas été incluse plus tôt au HBM (alors qu'un concept proche existait déjà) est que le HBM a été formulé en 1958 pour l'étude de comportements préventifs (dépistage) généralement simples et non-durables (non répétés). Dans ce genre de situation, le sentiment de maîtriser le comportement est élevé pour tous les individus concernés et ne peut expliquer les "défections" (Glanz et al, 1990).

Enfin la manière dont les concepts de bénéfices et inconvénients perçus sont présentés et opérationnalisés me semble sujette à caution. D'une part, le HBM indique des facteurs différents pour chaque catégorie, et bien que des différences soient possibles, il me semble que "inconvénient" et "bénéfice" soient deux modalités d'une même variable. Autrement dit, la plupart des facteurs "antécédents" dans le HBM pourraient être évalués par le patient comme des incitants ou des freins à l'action, en fonction de sa perception. D'autre part, le fait de soustraire les inconvénients des bénéfices est irréaliste; il faudrait pour que cela soit faisable que les facteurs de chaque catégorie soient de même nature et qu'ils aient le même poids, la même importance pour le patient.

Ces remarques et critiques seront abordées et vérifiées dans la partie expérimentale de la recherche, car plusieurs facteurs du HBM seront repris, vu leur intérêt.

HBM, PREVENTION DE RISQUES ET PROMOTION DE LA SANTE

Il est clair que le HBM a été conçu pour les Comportements de Prévention des problèmes de santé et des risques de maladie, de rechutes ou de complications. Cette logique de prévention de risque" est centrée sur la maladie et rend le modèle inapplicable tel quel dans une perspective de Promotion de la Santé. Or, depuis quelques années, la prise en charge des maladies chroniques s'inscrit de plus en plus dans cette approche, par son volet d'"aide à l'adaptation" (coping), qui n'exclut pas le traitement et l'approche curative-préventive, mais les remet à leur place par rapport à la qualité de vie du patient. Les implications pratiques de cette remarque sont importantes, par rapport à la pertinence des facteurs à prendre en compte dans la recherche et dans l'action.

Par ailleurs, il est nécessaire, dans tout choix de stratégie d'intervention, de tenir compte des finalités et buts des individus concernés. Que l'on se place dans une logique de Prévention ou de Promotion de la Santé, le but recherché par le public peut être soit une prévention de problème soit une amélioration, éventuellement même non-liées à une préoccupation de santé: prévention des conséquences d'une dégradation de l'image de soi, ou amélioration de cette image (dynamisme, attrait, succès social...) (Cf FIG II.4.7).

Exemple: interprétations possibles d'un comportement de maîtrise du poids corporel

LOGIQUE :	Maladie	Santé
TYPE D'OBJECTIF (ET VALEUR) :		
- SANTE personne en bonne santé	Eviter la maladie "c'est mauvais pour le coeur.."	viser la bonne santé "c'est bon pour le coeur"
personne malade	Eviter les rechutes "pour éviter un 2e infarctus"	Maintenir l'état de santé atteint "rester en état stable"
- AUTRE personne en bonne santé	Ne pas devenir lourd, peu énergique	rester ou devenir attrayant "pour améliorer mon image"
personne malade	Ne pas perdre son travail "pour éviter d'être muté"	rester ou devenir actif "pour pouvoir faire de la marche"
PERSPECTIVE :	PREVENTION	
	PROMOTION DE	LA SANTE

Le mouvement appelé "santéisme ou healthism", actuellement si développé en Amérique du Nord, a fait de la forme physique et de l'apparence de dynamisme une véritable valeur sociale, et dans certains cas, la valeur principale, dont les liens avec la santé semblent faibles. (Le santéisme serait une "exagération" de l'intérêt pour la santé...).

L'exemple de la FIG II.4.7 illustre le fait qu'un même comportement de santé ou de compliance peut prendre des sens très différents selon les points de vues et les acteurs, et qu'il peut donc être "motivé" de plusieurs manières. L'intérêt de tenir compte des significations qui y sont attachées, tant par les soignants que par les patients peut permettre une meilleure cohérence dans l'intervention de santé et d'Education du Patient. la perspective (promotion ou prévention) peut aussi être différente et mener à des actions variées.

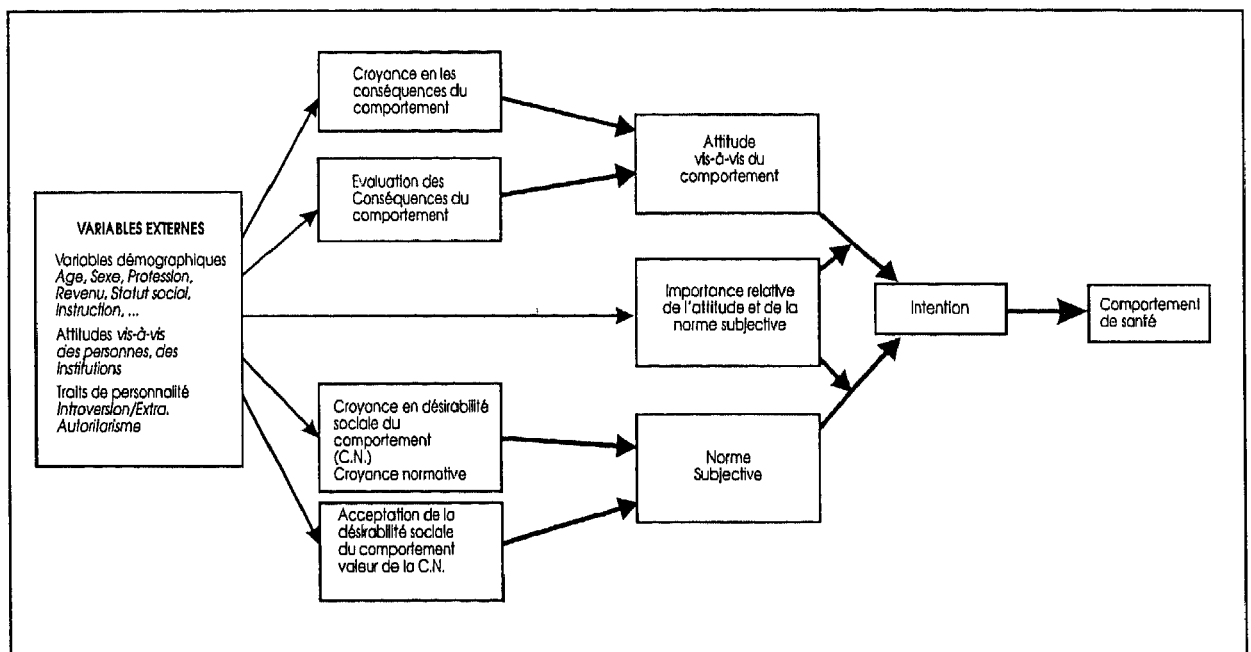
4.C THEORIE DE L'ACTION RAISONNEE (TAR) REASONED ACTION THEORY

Selon la Théorie de l'Action Raisonnée, (TAR), développée par Fishbein et Ajzen (1975) à partir d'une première proposition datant de 1967, **dans une situation donnée, un comportement spécifique volontaire est directement déterminé par l'intention de la personne de l'adopter ou non.** A son tour, l'intention est influencée par l'attitude à l'égard du comportement, et par l'importance accordée à la norme perçue des membres du groupe social (Norme sociale subjective). La TAR ne dit pas si cette norme est attribuée au groupe d'appartenance ou de référence.

L'influence des deux aspects de l'intention est relative, chacun ayant un poids différent selon les situations et les comportements en question. Fishbein et Ajzen n'établissent pas de relation explicite et directe entre les 2 composantes de l'intention. Ces dernières sont à leur tour liées aux croyances en les conséquences du comportement (pondérées par l'importance accordée à ces conséquences) et la croyance en la désirabilité sociale du comportement (elle aussi pondérée par l'importance accordée à la désirabilité).

Cette théorie a fait l'objet de plusieurs reformulations, et adaptations, qui seront détaillées plus loin, et qui offrent un intérêt plus grand. De ce fait, j'ai choisi de présenter succinctement cette version (cf FIG. II.4.8).

FIG. II.4.8 : Le comportement de santé dans la théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen 1975)



L'attitude vis-à-vis du comportement est déterminée par les croyances en les conséquences du comportement, et en l'évaluation (valence attribuée) de ces conséquences. Godin (1991) indique qu'à un même comportement sont liées cinq à dix conséquences perçues, chez une même personne, qui attribue des valeurs différentes aux conséquences envisagées. L'attitude devient alors la somme des produits "croyance x évaluation d'une conséquence" : $A = \sum (c_1 e_1 + c_2 e_2 + \dots c_n e_n)$.

Cette modélisation mathématique n'est pas justifiée, le choix d'additionner ou de multiplier les valeurs des croyances n'étant pas étayé.

La Norme subjective est influencée par les "croyances normatives", c'est-à-dire ce que l'individu croit que des personnes ou groupes "influent" pensent qu'il devrait faire, et par le désir de se conformer à l'opinion de ces personnes. Chaque croyance normative est donc pondérée par la motivation à accepter cette norme. La norme subjective est donc, selon Godin, la somme des produits "croyance

normative x motivation à se conformer". $SN = \Sigma (cn_1m_1 + cn_2m_2 + \dots cn_nm_n)$. Quant aux variables "externes", elles n'influencent pas directement le comportement ou ses déterminants directs, mais agit sur les croyances "préalables".

La TAR explique et prédit l'intention plutôt que le comportement. Cependant, la relation intention-comportement est puissante, et a été démontrée à plusieurs reprises. Toutefois, la mesure de l'intention doit être adéquate au comportement visé, et donc remplir trois conditions pour être valide :

- 1) l'intention mesurée doit être aussi spécifique et précise que le comportement de santé, tant au niveau de l'action que de la cible (l'objet), du contexte, et que du temps (moment et durée);
- 2) l'intention doit être mesurée à un moment proche du comportement, afin d'éviter un éventuel changement d'intention;
- 3) le comportement étudié doit être volontaire.

Ces critères de mesure de l'intention, et en fait d'adéquation au comportement sont également valables pour l'étude des déterminants de l'intention et de l'attitude.

Si la relation intention-comportement a été expérimentalement démontrée, la relation entre les autres facteurs l'a été aussi, mais sans que l'on soit sûr que norme subjective et attitude soient les seuls facteurs explicatifs de l'attitude. Certains auteurs ont d'ailleurs relevé le fait que le vécu (l'expérience antérieure) du comportement influencent l'intention (Manstead et al 1983, Godin et al 1987).

Dans une recherche visant à déterminer l'applicabilité du modèle TAR à la compliance aux traitements prescrits, dans le cadre d'une pathologie chronique (le diabète), de Weerdt, Visser et Van Der Veen ont analysé le modèle de Fishbein et Ajzen à la lumière des facteurs isolément considérés comme déterminant la C., ou issus de modèles existants (HBM, HLC, TAR...). Les auteurs ont choisi comme comportement cible les comportements de self-care, chez des diabétiques. Les facteurs considérés comme influençant le Comportement de santé sont : le savoir pratique, c'est-à-dire orienté vers la gestion du problème de santé, le niveau d'anxiété, le sentiment de contrôle de la santé (HLC), les perceptions incluses dans le HBM, la perception d'auto-efficacité (Bandura). Pour de Weerdt et al, ces déterminants (prouvés) ne peuvent être isolés les uns des autres, chacun comptant pour une part de la variance observée entre compliants et non-compliants. Le modèle qui leur paraît le plus complet, et le plus à même d'intégrer les facteurs précités est celui issu de la TAR, plus valide que le HBM.

Dans la TAR, Fishbein et Ajzen perçoivent l'individu comme un être rationnel, dont les comportements sont le résultat d'un jugement fondé sur l'utilisation des informations disponibles. Les croyances qui sous-tendent l'attitude à l'égard du comportement de santé sont appelées ici croyances comportementales, afin de les différencier des croyances de santé, du HBM. Par ailleurs, les croyances relatives aux normes subjectives sont des croyances normatives.

Enfin, par rapport à la formulation initiale (1980), Ajzen et Madden (1986) ont ajouté une variable au modèle = la perception d'auto-efficacité (que Bandura avait déjà ajoutée au HBM). Les autres facteurs cités par de Weerdt et al sont considérés, comme les variables externes, comme des pré-requis : niveau d'anxiété, sentiment de contrôle, niveau de savoir (pratique) influenceraient à la fois la formation des attitudes et celle des normes subjectives.

L'élargissement du modèle initial issu de la TAR et l'intégration de facteurs "étrangers" démontrés comme influant sur le comportement de santé, fait du TAR "revu" un modèle intégratif intéressant. Toutefois, l'absence des facteurs relatifs aux personnels de santé impliqués dans le comportement de compliance (même s'ils sont repris dans le cadre des croyances normatives, ce n'est que de façon très limitée) est à mon avis une faiblesse importante du modèle, de même que l'absence des facteurs relatifs à l'interaction de communication entre soignant et patient, dont l'influence, directe ou non, sur le comportement du patient a été démontrée (voir à ce sujet les deux modèles relatifs à la communication Méd-Pat).

METHODOLOGIE ET OPERATIONNALISATION :

- Croyances aux résultats du comportement : ils sont évalués par interviews ouvertes, libres. Les sujets sont requis de lister les résultats (conséquences) du comportement qui leur semblent pertinents et importants (salient). Il est a priori impossible de dire combien de croyances sont pertinentes; empiriquement, Fishbein et Ajzen (1975) suggèrent de retenir les 5 à 9 premières croyances citées.

- Intention = la mesure de l'intention doit être spécifique, c'est-à-dire adéquate à celle du comportement correspondant, en termes d'action spécifique et éviter les comportements trop généraux, de cible (objet du comportement), et de contexte.

La théorie de l'action raisonnée est une des plus favorablement accueillies et utilisées dans le champ de l'Education pour la Santé, malgré (ou peut-être à cause de) sa modélisation excessive dont les influences et les interactions multiplicatives sont inapplicables, et correspondent bien peu à l'idée d'adaptation à la maladie chronique.... Pourtant, l'idée de laisser aux patients la liberté de donner à leurs raisons le sens qu'il leur accordent est novatrice par rapport à d'autres modèles où ce que le patient apporte est pré-filtré par les professionnels.

La théorie a par la suite été simplifiée, reformulée, adaptée et intégrée dans des formulations de nouveaux cadres explicatifs: La théorie des comportements interpersonnels (TCI), la théorie des comportements planifiés (TCP) et la théorie de l'utilité (MUT), toutes trois analysées dans les pages suivantes.

4.D THEORIE DES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS (TCI) INTERPERSONAL BEHAVIOR THEORY

Prenant sa source dans la TAR (Fishbein et Ajzen, 1975), l'Interpersonal behavior theory (théorie des comportements interpersonnels, TCI), a été développée par Triandis (1977) afin de combler une lacune de la théorie de l'action raisonnée qui ne concerne que les comportements volontaires. Un comportement est dit "sous maîtrise totale" lorsqu'il n'existe pas de contrainte à son adoption (Godin 91), et peu de comportements remplissent cette condition.

DESCRIPTION DE LA TCI

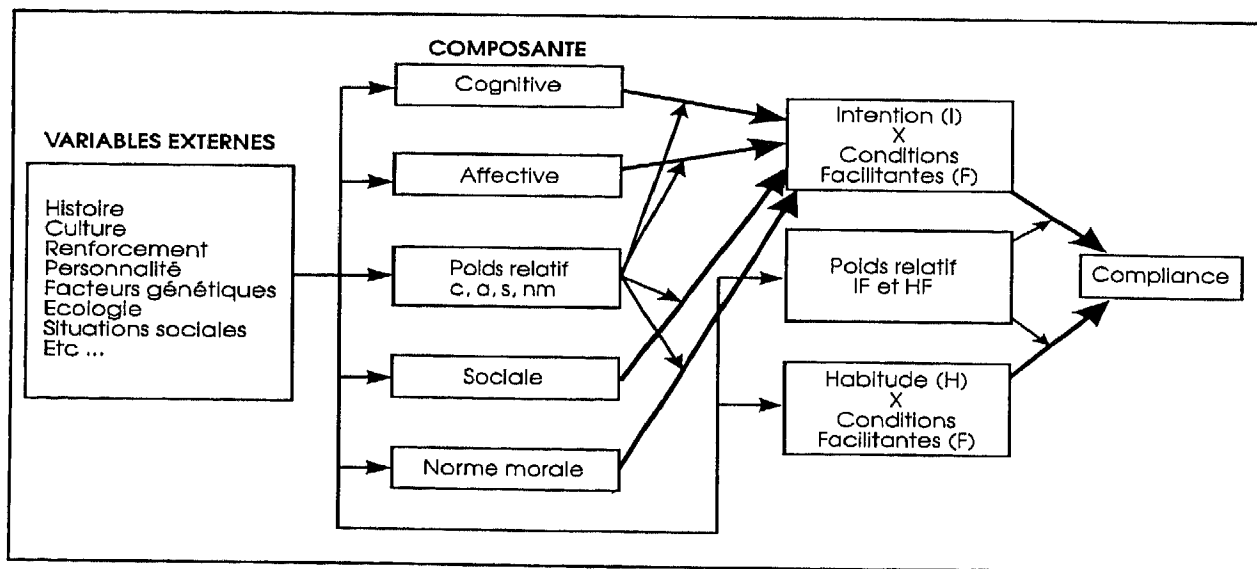
Triandis reconnaît l'importance de l'intention, mais il en limite la portée, pour tous les comportements non entièrement volontaires (ce qui concerne la majorité des comportements de santé pour lesquels l'habitude intervient).

Pour la Théorie des comportements interpersonnels, la fréquence avec laquelle un comportement s'est déjà manifesté (la force de l'habitude) constitue un déterminant au même titre que l'intention. La TCI présente donc le comportement comme le résultat d'une triple influence : 1) celle de la force de l'habitude; 2) celle de l'intention de l'adopter; 3) celle des conditions facilitant (ou inhibant) le comportement (cf. Fig. II.4.9).

L'intention et l'habitude interagissent, comme les deux plateaux d'une balance, chacun pondéré par les conditions facilitantes : tout dépend du degré de nouveauté du comportement considéré. Dans un nouveau comportement, c'est l'intention qui prime, alors que pour un comportement déjà acquis, c'est la force de l'habitude qui sera le facteur le plus déterminant. La force de l'habitude est, selon Godin, le degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée. Cet auteur souligne l'importance de distinguer l'habitude du réflexe (ce dernier n'aurait pas besoin d'être appris; mais alors, qu'est-ce qu'un réflexe conditionné ?). De plus, l'habitude est fonction du niveau d'habileté de l'individu, et de l'expérience acquise par la répétition.

FIG. II.4.9 : Théorie des comportements interpersonnels

Triandis 1977



APPORTS ET LIMITES DE LA TCI

Quelque soit l'intérêt pratique de l'attention apportée à l'intention, car elle est le résultat de plusieurs processus et donc ne permet pas d'action directe, la proposition de Triandis relative à ses composantes est à la fois originale et intéressante:

L'intention serait sous-tendue par 4 composantes : cognitive, affective, sociale et la "norme morale personnelle".

- 1) La composante cognitive : résultat d'une évaluation personnelle des avantages et inconvénients du comportement, elle s'apparente à l'opération "Bénéfices moins obstacles" du HBM, mais comme dans la théorie de l'action raisonnée, ce résultat se pondère en fonction de la valeur (poids) accordé à chaque avantage et inconvénient perçus.
- 2) La composante affective : réponse émotionnelle devant l'idée du comportement, et le sentiment qu'il inspire (plaisir, amusement, ennui, horreur...). Cette réponse est, selon Triandis, liée aux expériences antérieures et fait appel à la "mémoire à long terme". Triandis innove ici par rapport à la plupart des autres modèles qui n'abordent l'aspect affectif des comportements que par le biais des attitudes.
3. La composante sociale : deux déterminants sociaux subjectifs ont été retenus par Triandis , qui définissent ensemble la composante sociale de l'intention.
 - la Croyance Normative, c'est-à-dire l'évaluation de la perception que l'on a de la pertinence et la désirabilité d'un comportement au sein d'un groupe social de référence. Dans son explication de la croyance normative, Godin (1991) parle de groupe de référence, mais les exemples fournis (groupe d'âge identique, de sexe identique...) concernent des groupes sociaux sans précision d'appartenance ou de référence.
 - La croyance en des rôles sociaux (C.R.S.) : résulte de la perception que l'on a de la pertinence d'un Comportement au sein d'un (ou des) groupe(s) occupant une position sociale similaire à la sienne: professionnelle par exemple.
- 4) La norme morale ou norme sociale subjective : évaluation personnelle de désirabilité du comportement, et du sentiment d'obligation d'adoption ou non. Bien qu'influencée par la norme sociale réelle (c'est-à-dire la règle existante), elle peut s'en différencier, car elle résulte du choix et de l'interprétation personnels de l'individu.

Cette distinction des composantes du facteur social pose deux problèmes :

- le premier concerne la pertinence de la séparation de la croyance normative et de la croyance en des rôles sociaux, qui paraît imprécise et sujette à des superpositions.
- le deuxième concerne l'absence de prise en compte des références sociales possibles, groupe d'appartenance (dont on est membre) et de référence (auquel on s'identifie et souhaite appartenir). Bien que, in fine, l'important soit que l'individu précise la Norme sociale subjective, quelle que soit la référence sociale, la prise en compte de l'existence de groupes différents est importante du point de vue de la recherche, par exemple pour éviter d'investiguer dans le groupe d'appartenance d'un individu, ce qui risquerait d'occulter ses sources de normes sociales du groupe de référence.

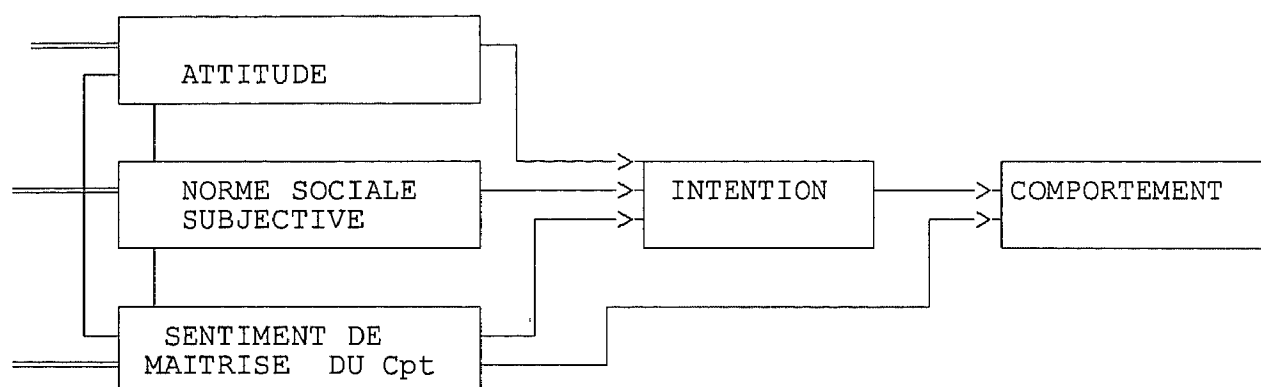
4.E THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE (TCP) PLANNED BEHAVIOR THEORY

DESCRIPTION DE LA THEORIE :

Pour dépasser les limites de la théorie de l'action raisonnée (inapplicabilité aux comportements involontaires), Ajzen (1985) l'a reformulée, en y ajoutant un concept, celui du sentiment de maîtrise du comportement (Bandura 1977) en plus de ceux de Norme subjective et d'Attitude vis-à-vis du comportement qui appartiennent à la première version de la théorie de l'action raisonnée. (cfr. FIG.II.4.10).

Le concept de "contrôle perçu" que Ajzen utilise est similaire à celui que Triandis (1977) a intégré dans les facteurs facilitants de sa "Théorie des Comportements Interpersonnels" (Cfr. TCI), et au "sentiment de Maîtrise du comportement" (Sentiment d'auto-efficacité, dont le concept de Ajzen provient probablement). Bien que les auteurs anglo-saxons parlent de contrôle, le terme qui me paraît correct en français est "maîtrise", en raison de la polysémie du terme contrôle en français (vérifier, ou maîtriser, avoir le contrôle de); certains auteurs utilisent d'ailleurs le terme de "mastery".

FIG. II.4.10 : Les relations attitude - norme subjective - sentiment d'auto-efficacité - intention, dans la théorie du comportement planifié *(Ajzen et Madden 86)*



APPORTS ET LIMITES DE LA TCP :

L'originalité d'Ajzen est son hypothèse que la "perception de maîtrise du comportement" (Sentiment d'auto-efficacité) (à distinguer du sentiment de maîtrise de la santé, ou HLC), est la résultante de "croyances de maîtrise" et de l'"importance des facteurs de maîtrise".

Le "sentiment de maîtrise" ou maîtrise perçue est, pour Ajzen, la probabilité estimée qu'un facteur facilitant (ou non) le comportement sera (ou non) présent.

L'"importance des facteurs de maîtrise" est le degré d'influence d'un facteur de maîtrise sur l'intention de comportement. L'auteur ne précise pas s'il s'agit de l'influence perçue ou réelle, mais ce qui est sous-entendu concerne les perceptions que les patients en ont (mais alors comme mesurer cette influence, et avant que le comportement n'ait eu lieu ?).

Comme pour la Théorie de l'action raisonnée (Cfr TAR), l'influence combinée de facteurs est perçue comme un produit, mais l'auteur ne donne pas d'explication à ce sujet et rien ne permet de comprendre la pertinence de cette multiplication!

Dans cette nouvelle version de la TAR, le sentiment d'auto-efficacité agit sur le comportement de deux manières, selon que ce dernier est ou non volontaire :

- Si le comportement est volontaire : le sentiment d'auto-efficacité influence l'Intention, au même titre que la Norme Subjective ou que l'Attitude

- Si le comportement est peu ou pas volontaire : le sentiment d'auto-efficacité l'influencera directement, au même titre que l'intention. Par ailleurs, selon Ajzen, pour que le sentiment d'auto-efficacité produise un effet, il faut que :
 - . le comportement ne soit pas sous le contrôle total de l'individu (c'est le cas pour la plupart des comportements et des comportements de santé), et que
 - . le sentiment d'auto-efficacité soit le plus proche possible de la maîtrise réelle que la personne peut avoir sur le comportement, ce qui reste à démontrer.

La T.C.P. a été utilisée dans deux études (Schifter et Ajzen 1985, Ajzen et Timko 1986) dans lesquelles des corrélations positives significatives sont apparues entre Norme Subjective, Attitude et Sentiment d'auto-efficacité.

4.F THEORIE DE L'UTILITE

MULTIATTRIBUTE UTILITY THEORY (MUT)

DESCRIPTION ET ORIGINES DE LA MUT

La Multiattribute Utility theory (MUT), que l'on pourrait traduire approximativement par "théorie de la multiattribution d'utilité" explique le comportement directement à partir de l'évaluation, par l'individu concerné, des conséquences prévues à la fois de l'action et de l'inaction.

Cette variante de la Théorie de l'action raisonnée est en même temps une théorie valeur-attente (TVA) et présenterait l'avantage de fournir une méthodologie et une opérationnalisation pour :

- 1) décomposer une décision complexe en attributions individuelles (des conséquences) qui influencent la décision;
- 2) amener l'individu à évaluer chaque attribution, c'est-à-dire lui donner une valeur;
- 3) rassembler les deux éléments précédents (formulation et pondération des attributions) en un score unique de prédiction du comportement qui sera adopté;
- 4) et, si le modèle est valide (adapté au contexte), identifier quelle(s) attribution(s) ont été les plus déterminantes.

Dans ce cadre, contrairement à la théorie de l'action raisonnée, il serait possible de prédire le comportement à partir des croyances et valeurs accordées aux résultats - conséquences du comportement. La MUT a déjà été utilisée dans le champ de la santé et de la maladie (Beach et al 1976, Carter et al 1986).

Une version légèrement modifiée de cette théorie, la "Hierarchical Multiattribute utility model" (MUTM), développée par Sayeki (1972), offrirait l'avantage de permettre de décomposer le processus de décision principal en sous-processus, et d'hiérarchiser (au lieu de les pondérer seulement) les conséquences perçues du comportement.

Les apports de ces théories est le même que ceux de la théorie de l'action raisonnée, avec l'intérêt de laisser une place importante à l'expression par les patients de leur vision et interprétation des éléments jugés pertinents et significatifs du comportement...

METHODOLOGIE ET OPERATIONNALISATION :

Les conséquences potentielles perçues du comportement sont évaluées par interviews ouvertes, exploratoires, et les plus complètes possible. A partir d'une analyse de contenu, les conséquences possibles sont dégagées et classées (classification à opérer en fonction du contexte; c'est une caractéristique du MUTM). L'individu (ou la population) doivent ensuite estimer le degré de probabilité d'apparition de chaque conséquence citée, et la valeur (importance) qu'ils attribuent à chaque conséquence, tant négativement que positivement.

Ce type d'approche utilise pour l'évaluation des probabilités perçues un continuum, du type échelle d'attitude, et est de ce fait appelé "modèle d'utilité pondérée".

En raison de l'adaptation nécessaire des outils de mesure au contexte, la validité de chaque outil doit être établie empiriquement.

L'utilité se présente finalement sous la forme d'un indice (de - 1 à + 1). Positif, il indique une probabilité d'adoption du comportement, avec indication de l'intensité de cette dernière (+1 > 0,5 > 0...).

Selon Glanz, les 2 théories ont plus de points communs que de différences, et toutes deux fournissent, pour leurs auteurs, des explications "puissantes et valides" des comportements de santé. Toutes deux

fondent leur validation "sur le terrain" (grounded theories), et ont de ce fait un net avantage sur les théories à contenu fixe.

Les 2 théories diffèrent cependant sur 2 points :

1. Les données collectées : courtes interviews et nombre limité de conséquences perçues du comportement, pour la TAR, ce qui conduit à une certaine imprécision. Carter et al (1989) ont montré que la TAR n'a permis de dégager que les 3/4 des facteurs mis en évidence par la MUT.
2. Le traitement des "croyances normatives" : Alors que la TAR mesure systématiquement les croyances normatives (ou normes sociales subjectives), la MUT ne les traite que si elles sont mentionnées spontanément par les sujets.

Cette observation présente un intérêt méthodologique même en dehors de la MUT, et qui concerne tous les modèles s'intéressant aux perceptions et représentations des patients. Elle induit qu'il serait intéressant de procéder à la collecte de données en 2 temps : d'abord par réponses spontanées, puis par réponses provoquées, ce qui permet d'associer le principe de primauté de l'information (ce qui est exprimé en premier lieu est primordial) et le besoin d'exhaustivité (surtout si l'on veut faire pondérer les items).

Par ailleurs, une limite des méthodes de ces théories concerne le fait qu'elles ne permettent de saisir qu'un moment du processus de décision, qui est par nature dynamique. L'utilisation de méthodes longitudinales, avec évaluations répétées, apparaît nécessaire pour une meilleure compréhension des comportements de santé.

Enfin, l'information collectée dans les mesures des conséquences perçues est aussi instrumentale, c'est-à-dire qu'elle peut être utilisée par les intervenants en Education pour la Santé, grâce à des outils tel que la "feuille de prise de décision" (Janis et al 77). Glanz et al (1990) suggèrent aussi l'utilisation de ces données par le patient lui-même dans le but de l'aider à comprendre son propre processus de décision, quel qu'il soit (compliance ou non). Mon expérience m'a mené à des conclusions similaires, avec un premier essai de concrétisation d'un outil double de collecte de données d'évaluation et d'aide à la décision, la "fiche de profil individuel", proposée aux animateurs d'un projet participatif d'éducation de patients diabétiques (Deccache et al, 1990).

5. LE MODELE PRECEDE (DIAGNOSTIC EDUCATIF) (DE)

suivi de PROCEED (DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE)

DESCRIPTION ET ORIGINES DU MODELE

Le PRECEDE est un cadre explicatif et une démarche globale de planification d'interventions en Education pour la Santé (cf FIG. II.4.11), élaboré par Green et al en 1980. PRECEDE signifie Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. Il comprend une série de "diagnostics", dont un modèle d'analyse (le Diagnostic Educatif) des facteurs éducatifs relatifs aux comportements de santé et de compliance.

Le choix de se limiter à l'analyse du Diagnostic Educatif (DE) ne remet pas en cause l'ensemble du PRECEDE, mais correspond à ma préoccupation de comprendre les modèles explicatifs des comportements des patients.

Selon Green, les facteurs à l'origine des comportements de santé peuvent être classés en 3 catégories:

- Facteurs prédisposants (FP) : antérieurs au comportement de santé, ils contribuent à sa justification (le motif). Ils comprennent les connaissances, attitudes, perceptions, croyances et valeurs des patients. (Les auteurs américains n'utilisent presque jamais le concept de représentation sociale).
- Facteurs facilitants (FF) ou facteurs capacitants FC): ils permettent la réalisation d'une motivation, et concernent les capacités, savoir faire, les ressources personnelles et celles de l'environnement.
- Facteurs renforçants (FR) : facteurs subséquents au comportement de santé, externes ou internes, permettant une rétroaction (incitation ou frein) contribuant à la persistance ou à l'abandon du comportement. Le principal est la réaction d'autrui au comportement du patient.

Chaque catégorie de facteurs influence donc différemment le comportement de santé, qui doit cependant être vu sous l'angle de l'influence collective des 3 catégories (cf FIG II.4.12)

De plus, selon Green, une hiérarchisation des effets des différents facteurs et un "ordre de causalité" existent :

1. Motivation initiale à agir
2. Mise en oeuvre des ressources nécessaires
3. Réaction de l'environnement/entourage au comportement adopté
4. Renforcement positif ou négatif du comportement
5. Modification des motivations par les renforcements.

Enfin une caractéristique du Diagnostic Educatif du PRECEDE est la pondération des facteurs, c'est-à-dire l'attribution, durant la phase d'analyse, d'un poids d'une importance relative (priorité) à chaque facteur.

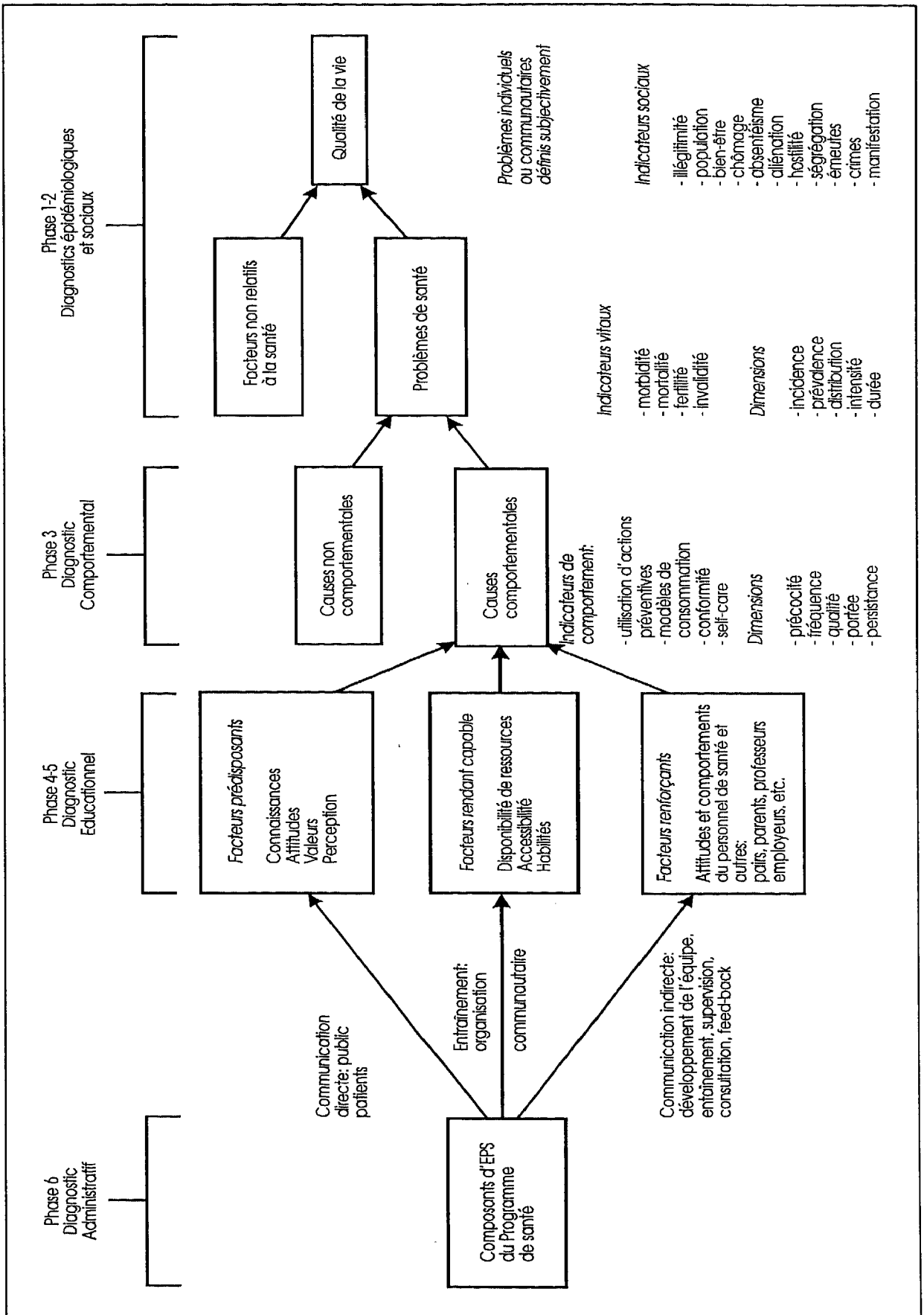
Facteurs Prédisposants

Chaque facteur de cette catégorie agit soit comme moteur, soit comme frein aux comportements de santé. Green reconnaît l'existence d'autres facteurs que ceux repris ici, tels les facteurs socio-démographiques, mais il leur accorde peu d'intérêt car ils sont peu ou pas modifiables par un programme d'Education pour la Santé (le PRECEDE étant un modèle de planification de programme en Education pour la Santé, à orientation pratique, et non seulement un modèle théorique).

- a) les connaissances : relatives au problème de santé concerné et au comportement de santé envisagé. Bien que Green ne le mentionne pas explicitement, on peut y ajouter aussi les connaissances générales de santé.

FIG IL4.11 : Le modèle PRECEDE

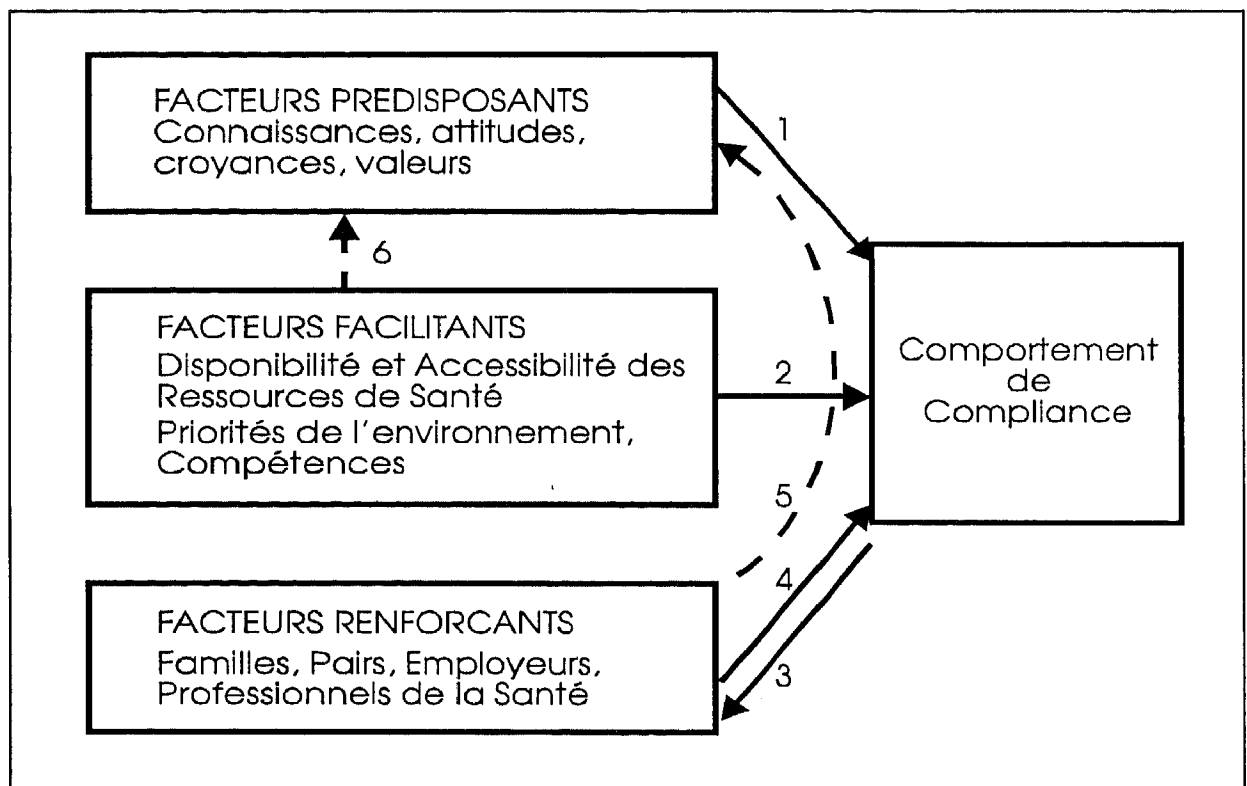
(L. Green, 1980)



- b) Croyances : conviction qu'un objet ou un phénomène est vrai et réel (ou non). Afin de préciser les croyances, Green utilise le Modèle des Croyances de Santé (HBM) déjà présenté.
- c) Valeurs : les valeurs (importance accordée à un principe ou un objet) sont inséparables des comportements. Dans le cas des comportements de santé, la valeur de la santé est évidemment importante (sa place parmi les autres valeurs), mais elle n'est pas la seule. Les valeurs accordées au comportement de santé et à d'autres "objets" (ex. : respect des compétences et des experts) ont également un rôle capital. L'existence simultanée, chez chaque individu, de valeurs différentes, relatives à des objets différents, implique l'existence de conflits de valeurs (ex. : santé et plaisir). Par ailleurs, les valeurs sont hiérarchisées. Et tant les valeurs que leur hiérarchisation varient pour un même individu, dans le temps.
- d) Attitudes : tendance d'opinion ou sentiment relativement constant envers un objet, personne ou situation, contenant un aspect évaluatif (positif ou négatif, pour ou contre). C'est une prédisposition à l'action, dont l'objet principal est ici le comportement proposé.

FIG II.4.12 : Le diagnostic éducatif (PRECEDE)

L. W. Green, 1980



Facteurs Facilitants

Ils concernent les ressources et compétences (capacités et savoir faire) nécessaires au comportement de santé. L'accessibilité du comportement, d'un Service de Santé, son coût, son éloignement géographique, sa "distance" sont aussi des facteurs facilitants.

Facteurs Renforçants

Positifs ou négatifs, ils dépendent de l'entourage "signifiant" des personnes concernées et peuvent donc être le fait de pairs, membres de la famille, amis, professionnels de santé, etc...; ils peuvent provenir de sources différentes simultanément, créant un conflit cognitif ou affectif chez l'individu, conflit qui se résout par le choix du comportement le plus renforcé ou l'adoption alternative de comportements antagonistes.

METHODE DE DIAGNOSTIC EDUCATIF (DE)

Le DE est un processus à 3 niveaux :

1. Identification des facteurs et classement dans les catégories (FP, FF, FR)
2. Détermination des priorités inter-catégories
3. Détermination des priorités intra-catégories

Le processus de DE permet de dégager les facteurs significatifs et prioritaires (tant pour le problème de santé que pour l'individu ou le public), sur lesquels l'intervention éducative sera orientée prioritairement.

1. Identification et classement : Il s'agit de viser l'exhaustivité autant que possible. Deux méthodes sont proposées:

Méthode Informelle : collecte d'informations pertinentes sur le public visé, auprès de ce public et des personnels de santé concernés, par interviews individuelles ouvertes, discussions de groupe, etc... dans une optique d'exploration des causes possibles des comportements de santé.

La génération d'hypothèses explicatives des comportements peut s'effectuer par des techniques du type brainstorming ou groupe nominal.

La classification concerne la répartition des informations dans les catégories et sous-catégories de facteurs, et la détermination de leur effet potentiel, favorable ou défavorable au comportement. Pour Green, il est important de tenter de maîtriser les facteurs à effet inhibant et renforcer ceux à effet motivant.

Méthode Formelle : recouvre l'utilisation de méthodes standardisées (questionnaires, check-lists) et quantitatives. Elle inclut aussi l'utilisation de données disponibles (évaluations de satisfaction...). Le regroupement des données dans les catégories n'est pas toujours aisé : Green recommande de classer les données pour lesquelles des doutes ou des choix existent, dans la catégorie la plus concernée, ou encore de les classer dans deux catégories simultanément.

2. Priorités inter-catégories :

Bien que le PRECEDE prévoit de programmer des interventions simultanées sur les 3 catégories, pour un effet synergique maximal, il définit une hiérarchie et des priorités dans l'ordre d'effet des différentes catégories de facteurs déterminant le comportement (cf FIG. II.4.9).

3. Priorités intra-catégories :

D'un problème de santé à l'autre, d'une population (personne) à l'autre, les facteurs les plus influents varient. La sélection des facteurs déterminants se fait sur un double critère : importance du facteur et sa capacité d'être modifié.

Importance : opérationnalisée à travers 3 indicateurs : fréquence (étendue), urgence (distance du risque), et nécessité (intensité du risque).

Capacité de modification : par ordre croissant de difficulté, dans la catégorie des facteurs prédisposants, viennent les croyances puis les attitudes, et enfin les valeurs, plus enracinées. Les connaissances sont les plus aisées à modifier, ce qui explique que la plupart des actions d'Education pour la Santé visent le savoir le plus modifiable (savoir théorique et savoir-faire).

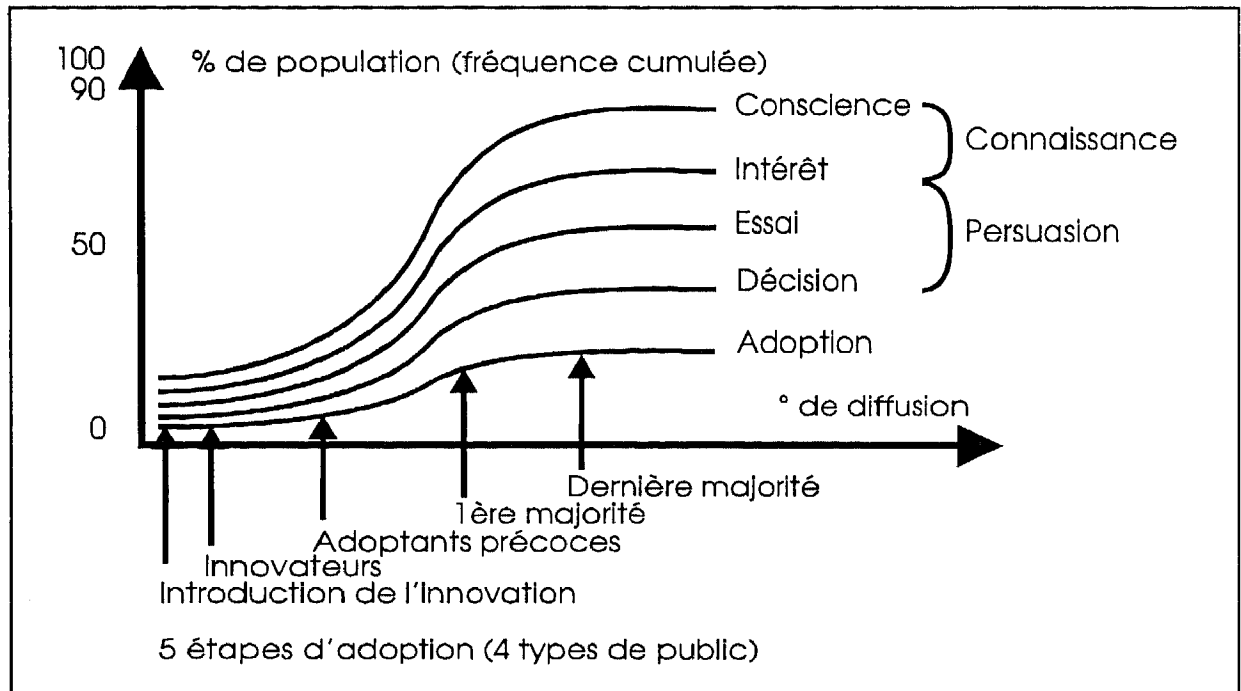
Toute modification d'un facteur prédisposant et des compétences (savoir-faire) passe forcément par une acquisition et un traitement cognitif et affectif d'informations, un savoir, qui peut être vrai ou faux, subjectif ou objectif, relatif au savoir théorique, savoir-être, savoir devenir ou savoir-faire (de Ketele 1985), voire même un savoir sur le savoir.

Une autre méthode de définition de la "changeabilité" des facteurs au sein d'une même catégorie, est suggérée par la "théorie des niveaux d'adoption et de diffusion des innovations", utilisée dans différents domaines dont celui de l'Education du Patient. Il s'agit en fait de s'intéresser au type de public auquel on s'adresse, plutôt qu'aux facteurs pertinents. En effet, tant au niveau individuel que social, le "public" se compose de différentes catégories d'"acteurs de changement" : innovateurs, "adoptants précoces", première majorité, dernière majorité. Selon le type de public concerné, on peut définir son

"degré de changeabilité" par rapport à l'innovation - comportement introduits (cf FIG. II.4.12A). Enfin, la capacité de changement d'un facteur dépend de sa visibilité : plus ses effets sont observables, plus le changement sera renforcé et son adoption facilitée.

FIG. II.4.12A : Processus d'adoption d'un changement:

d'après L.Green, 1980



CRITIQUE DU D.E. ET CONCLUSION

La forme originelle du PRECEDE offre de nombreux avantages, dont la clarté et la faisabilité, mais elle souffre de limites sérieuses:

- Malgré la prise en compte des besoins de la population, besoins qualitatifs et quantitatifs, et la remise à sa place de la santé dans la vie sociale, l'approche reste une approche d'experts, analytique, sans espace explicite pour l'émergence spontanée des besoins propres des groupes ou des individus.
- Le PRECEDE est orienté vers une approche préventive, de santé publique, et même son application à des cas individuels (Education du Patient) revêt un caractère "biomédical". Par exemple, même si le D.E. est fondé sur la connaissance de la population, il l'est quasi exclusivement à travers son cadre explicatif; même s'il associe le public, c'est en tant qu'objet d'analyse. De plus, aucune référence explicite n'est faite aux souhaits, désirs et problèmes du public concerné. Même là où le PRECEDE recommande l'usage d'indicateurs subjectifs, c'est encore dans une perspective objectiviste!
- Par ailleurs, le DE se limite à l'analyse des facteurs dépendant du patient, et ne prend que très peu en compte les facteurs liés aux intervenants de santé (soignants...) ou au cadre institutionnel et organisationnel. Et lorsqu'il les mentionne, c'est dans le cadre limité des facteurs renforçants (où les personnels de santé sont une source de feed-back seulement) ou des facteurs facilitants (où l'accessibilité est le seul facteur relatif au Service de Santé considéré).
- L'approche du changement proposée, inspirée du domaine du marketing social, semble poser des problèmes éthiques pour une application complète en Education pour la Santé, puisqu'elle s'appuie sur des moyens de persuasion, discutables dans le contexte de l'éducation. Elle peut néanmoins renforcer l'approche éducative par une meilleure connaissance des publics, le degré d'adoption d'une innovation étant lui-même un facteur prédisposant.

L'APPROCHE PROCEED: UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET ENVIRONNEMENTALE

Le "Policy regulatory and organizational constructs in educational and environmental development" (PROCEED) est une approche dérivée du PRECEDE, et conçue en 1991 par Green et Kreuter. Dans le cadre du PATCH (Planned Approach to Community Health), programme ambitieux de planification et d'intervention de santé, développé dans plusieurs régions des USA, par le CDC (Centers for Disease Control), et utilisant le PRECEDE comme cadre de référence, Green et al ont tenté d'améliorer le PRECEDE, notamment par l'adjonction d'une perception plus communautaire de la santé (donc moins "santé publique" et plus axée sur les facteurs relatifs à l'environnement). Selon Green et Kreuter, ces changements au PRECEDE sont dus aux applications du modèle à des systèmes plus vastes que ceux, fermés, des institutions scolaires ou de santé et de soins. De plus, le PROCEED intègre l'Education pour la Santé au concept de Promotion de la Santé.

Par son approche plus globale et plus participative (parce que communautaire), le PROCEED corrige largement les défauts et limites du PRECEDE. D'abord, l'approche communautaire fait de la population (individus et structures) l'acteur de la promotion de sa santé; elle prévoit que les diagnostics (et donc le DE) se feront par la communauté concernée: "Chaque communauté doit réaliser elle-même son processus d'Analyse des Besoins, de détermination des priorités, de formulation de solutions et d'appropriation du programme" (traduit de Green et al, 1991). Ensuite, sur le rôle des "autres" (Pairs, parents, professionnels de santé), le PROCEED élargit ce rôle, et ne le limite plus à un renforcement des comportements et à une action interpersonnelle. Il l'étend à la prise en compte de l'influence des "autres" dans la genèse même du comportement et à la construction de normes sociales sur le comportement de santé. Selon Green, ceci est la justification socio-psychologique théorique de l'approche communautaire et non seulement, semble-t-il, la prise en compte de l'homogénéité (partielle) d'une communauté dans le DE par ex., ou encore sur le plan de l'action. Ce faisant, le PROCEED complète le PRECEDE puisqu'il ajoute au modèle théorique explicatif des comportements de santé adopté par Green (le Health Belief Model) des concepts et facteurs dérivés d'autres modèles : norme sociale subjective, de la théorie de l'apprentissage social (Bandura 1977), interaction individu-environnement, de la théorie du champ (Lewin, 1953), et des facteurs socio-organisationnels aux phases de diagnostic éducatif et comportemental.

Sur la structure et le contenu du DE, le PROCEED apporte quelques éléments supplémentaires (importants) sans toucher à ceux du PRECEDE. Toutefois, c'est sur l'utilisation de ces facteurs, dans la manière de les définir et les découvrir (par une approche plus participative) et dans leur application dans l'action de santé (par les nouvelles relations avec les autres phases de diagnostic), que la nouveauté se trouve.

Par ailleurs, la reformulation du PRECEDE dans une optique de santé communautaire semble en modifier les fondements mêmes, puisqu'il n'est plus conçu comme outil de Promotion de la Santé publique. Un même modèle pourrait donc être perçu, et utilisé, de manières différentes (voire opposées ?) selon la philosophie et le modèle de santé qui le sous-tend. D'une vision comportementaliste de la santé, le PRECEDE se déplacerait vers une vision cognitivo-comportementaliste, changement assez profond, aux implications nombreuses, puisque l'interventionnisme (normatif) développé jusqu'ici céderait la place à une perspective d'aide aux populations pour l'atteinte d'objectifs qu'elles ont choisis et qui pourraient même être différents ou opposés à ceux de la santé publique, au sens le plus strict.

6.A THEORIES DE L'APPRENTISSAGE SOCIAL (TAS) ET MODELES COMPORTEMENTAUX

DESCRIPTION ET ORIGINES DE LA TAS :

De manière générale, les modèles comportementaux développés à partir de la théorie de l'apprentissage social s'intéressent aux comportements nécessaires pour atteindre la compliance. Les catégories de facteurs auxquelles ils accordent de l'importance sont: les stimuli et déclencheurs du comportement, les moyens et sources de renforcement du comportement, les processus d'élaboration graduelle d'un modèle (pattern) du comportement, l'automatisation du comportement (acquisition d'habitudes après un nombre suffisant de répétitions).

Issus des théories d'apprentissage et de conditionnement opérant, de Pavlov, Skinner et Hull, les modèles comportementaux ont été choisis, selon Leventhal et al (1987) par certains chercheurs et praticiens des questions de compliance, après le constat de semi-échec du Modèle Biomédical.

Un volet cognitif a été ajouté lorsque Bandura (voir concept d'auto-efficacité perçue, ci après) y a inclus des concepts d'apprentissage vicariant et de modeling.

Les stratégies comportementales développées à partir de ces modèles, ont surtout été utilisées dans le changement de comportements à risques et d'assuétudes, dans lesquels l'impact des "déclencheurs" (cues) internes ou externes à l'individu serait très puissant : obésité, tabagisme, alcoolisme...

Toutefois, dans les cas où les comportements étaient à la fois complexes et durables, l'utilisation de stratégies comportementales n'a pas apporté les résultats escomptés : des taux de "rechute" importants sont signalés, dès que les "moyens de renforcement" cessent et que les facteurs déclencheurs des comportements non-souhaités persistent (par exemple, arrêt de l'influence d'un groupe et maintien d'un environnement de fumeurs).

Les chercheurs soutenant la TAS, donnent aux facteurs de renforcement un rôle majeur, et tendent à laisser de côté les processus sociaux, cognitifs et motivationnels autres qui sous-tendent le comportement. Pour Leventhal, ces modèles ne prennent pas en compte les processus psychologiques conscients ou non, affectifs ou non, qui influencent la compliance et, de plus, ils n'expliquent pas comment ces aspects cognitifs interagissent avec l'acquisition de capacités (habiletés ou skills) d'action. Enfin, se focalisant sur des objectifs de comportement à court ou moyen terme, spécifiques, ces modèles ne prennent pas suffisamment en compte les motivations et buts à long terme de l'individu, plus stables : atteindre un état de santé donné, améliorer une image corporelle ou sociale, etc...

LIMITES

La TAS a été appliquée à la question de la compliance principalement en synergie avec d'autres théories, sa capacité à expliquer seule les comportements et la compliance étant réduite. De ce fait, l'intérêt d'une présentation plus détaillée de la théorie d'apprentissage social originale est faible: son application à la compliance a été limitée dans le temps, parce qu'elle a très vite cédé la place à des théories dérivées et parce que les possibilités pratiques d'intervention qu'elle a ouvertes ont été plus orientées vers certaines formes de guidance psychologique que vers l'Education pour la Santé. Bien que l'Education du Patient, pour rester dans ce champ, inclut l'"accompagnement psychosocial" à l'information et à l'apprentissage, comme cadres de pratique, elle reste distincte des pratiques de psychothérapie, par au moins deux critères d'exclusion: le fait que l'apprentissage soit l'élément (et la perspective) dominant de l'approche, et que la demande du patient soit celle de l'apprentissage et non d'aide et de thérapie.

La Théorie d'apprentissage social la plus utilisée dans l'étude de la compliance est celle de l'auto-efficacité" (Self efficacy Theory). Cette théorie, formulée par Bandura (1977), est détaillée dans les pages suivantes.

6.B THEORIE DE L'AUTO-EFFICACITE (AUTOEF): SELF EFFICACY THEORY

DESCRIPTION ET ORIGINES DU CONCEPT DE SELF EFFICACY

Le concept d'auto-efficacité perçue, ou "attente ou sentiment de maîtrise du comportement" a été formulé par A. Bandura, en 1977, dans le cadre d'une théorie explicative de comportements liés à des phobies et autres psychopathologies. Selon Bandura, deux tendances divergentes se dégagent, dans le champ de l'étude des changements de comportement : d'une part, l'acquisition et la régulation des comportements sont de plus en plus formulées en termes de processus cognitifs et, d'autre part, les procédures fondées sur les performances (et comportements) se montrent les plus aptes à permettre des changements psychologiques.

Cette divergence apparente peut être réduite en postulant que les processus cognitifs sont des médiateurs du changement, mais qu'ils sont eux-mêmes induits et modifiés par l'expérience de "maîtrise" résultant des comportements "réussis". Toutefois, des changements psychologiques peuvent être obtenus par d'autres moyens que l'accomplissement de "performance".

Alors que les théories d'apprentissage social (TAS) ont longtemps soutenu que les mécanismes périphériques (renforcements et ajustements) étaient les plus importants dans l'adoption d'un comportement, plusieurs recherches, synthétisées par Bandura (1977) démontrent que les processus cognitifs jouent un rôle prépondérant. Par ailleurs, la réinterprétation des facteurs expérimentiels (antécédents) comme déclencheurs (cues) plutôt que comme stimuli de contrôle (par feedback) a provoqué un déplacement du centre de la régulation du comportement, du stimulus (externe) vers l'individu (interne). Contrairement au principe qui situe la régulation du comportement dans ses effets immédiats, les effets agissent de manière combinée (plusieurs effets de plusieurs comportements dans le temps) et différée (BAUM 1973), à travers un processus lent de synthèse et d'interrelation des informations relatives aux effets perçus des comportements par l'individu. De ce fait, un comportement renforcé positivement (par ses propres effets) ne sera pas nécessairement maintenu, si d'autres informations (d'autres sources) laissent la personne douter de l'efficacité du comportement dans d'autres conditions (Ertel 72).

Ces processus cognitifs influencent aussi la motivation, directement impliquée dans le déclenchement et le maintien des comportements. Une première source de motivation est la capacité de projection, c'est-à-dire de représentation, des effets futurs probables d'un comportement. Les renforcements agissent donc sur ce dernier, en créant des "attentes d'effets", donc des motivations.

La deuxième source de motivation réside dans l'influence de la "fixation d'objectifs" personnels de comportement et les réactions d'auto-évaluation (Bandura 76). La motivation implique des critères sur lesquels le comportement est évalué, et qui induisent un maintien de l'effort consenti, jusqu'à ce que l'objectif visé soit atteint. Dans ce cas, même une évaluation négative, d'insuffisance de résultat, peut constituer une motivation à persévérer.

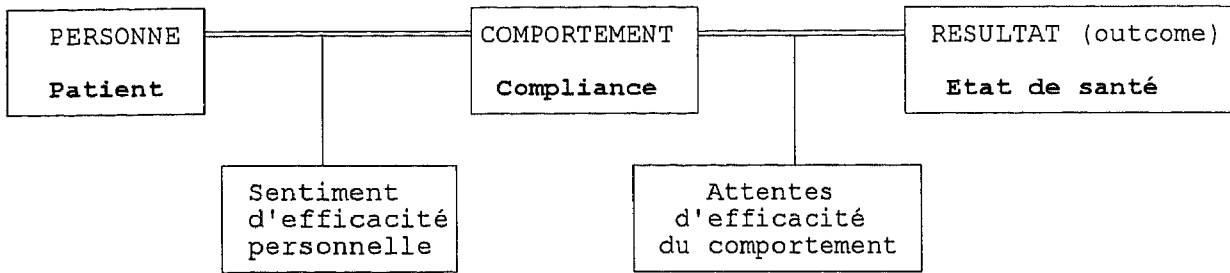
Cette interprétation des processus de motivation et d'apprentissage comme démarche cognitive confère au concept d'"auto-maîtrise" ou "auto-efficacité" un rôle central dans le cadre théorique proposé.

Bandura postule que toute intervention psychologique (le contexte est celui de la psychothérapie) a comme résultat final d'augmenter les perceptions et attentes de la capacité de soi à réussir une action, et donc le sentiment de maîtrise (c'est-à-dire l'auto-efficacité perçue).

Dans ce contexte, le sentiment ou attente de maîtrise diffère de l'attente de résultat (efficacité perçue du comportement, ou capacité du comportement à produire le résultat attendu) : l'efficacité du comportement n'est pas l'efficacité de l'individu, qui peut réussir le comportement sans que celui-ci parvienne au résultat (ex. : suivre correctement un traitement prescrit, sans amélioration de l'état de santé). (cf Fig.II.4.13).

FIG. II.4.13 : Maîtrise personnelle (auto-efficacité) et Efficacité du comportement (résultat)

(Bandura 77)



La perception de maîtrise personnelle détermine le choix du comportement, et donc l'éventail des comportements possibles (pour l'individu) et, à travers les "attentes de maîtrise" (perception de la possibilité de réussir), elle influence aussi les efforts développés pendant l'action. Toutefois, une attente positive de maîtrise ne conduit pas nécessairement à l'adoption du comportement concerné: les habiletés effectivement requises (efficacité réelle) et des incitants (déclencheurs...) sont également nécessaires.

Il reste toutefois que, dans les conditions adéquates, le sentiment de maîtrise du comportement influencera à la fois le choix du comportement, l'intensité et la durée de l'effort qui sera consenti pour réussir.

Dimensions de l'attente de maîtrise du comportement (amc)

Le sentiment d'auto-efficacité ne se présente pas comme une dichotomie (présent ou absent) mais comme un état multidimensionnel. Bandura en présente trois (magnitude, force ou résistance, généralité), auxquelles une dimension temporelle peut être ajoutée (durée ou fréquence).

- Magnitude : lorsque des comportements sont classés par niveau de difficulté, les sentiments d'auto-efficacité peuvent s'arrêter aux comportements les plus simples, ou s'étendre aux plus complexes. La magnitude reflète donc un aspect de l'intensité du sentiment d'auto-efficacité, l'autre étant la force, ou résistance.
- Résistance : un sentiment d'auto-efficacité facilement réductible par une expérience négative sera peu résistant comparé à d'autres plus difficilement modifiables.
- Généralité : certains sentiments d'auto-efficacité sont générés par des expériences spécifiques et sont donc limités à des comportements similaires; d'autres sont issus de comportements susceptibles de générer un sentiment d'efficacité "étendu", capables d'influencer d'autres types de comportements.
- Durée : l'"âge" d'un sentiment d'auto-efficacité, sa durée d'existence, et probablement la fréquence avec laquelle il est conscient, devraient influencer son effet sur le comportement.

Pour Bandura, une étude des sentiments d'auto-efficacité passe nécessairement par une analyse détaillée de leurs dimensions, qui constituent des critères de mesure du Sentiment d'auto-efficacité.

La place manque ici pour s'étendre sur les modes et moyens d'induction des sentiments d'auto-efficacité, que Bandura lie à leurs sources. Pour plus de détails, je renvoie le lecteur à la présentation détaillée que j'en ai faite (Deccache, 1993b).

Le traitement cognitif de l'information sur le sentiment d'auto-efficacité

Un sentiment d'auto-efficacité est le résultat d'un traitement d'informations; c'est donc un processus cognitif qu'il faut distinguer des informations elles-mêmes (Information reçue différente de l'information traitée : Info input → Traitement → Info output). Plusieurs facteurs contextuels (conditions sociales, situationnelles, temporelles) influencent le traitement que la personne effectue sur les informations reçues. Même une expérience de comportement réussie ne conduit donc pas nécessairement à un renforcement du sentiment de maîtrise correspondant. Si un conflit cognitif important surgit de la nouvelle information, elle sera minimisée par rapport au sentiment d'auto-efficacité existante, afin de réduire le conflit.

De même, le lieu de maîtrise de la santé (HLC) peut orienter ou limiter les acquis d'une information

pour le sentiment d'auto-efficacité (BEM, 72). Même lorsque l'efficacité personnelle réelle est améliorée par un apprentissage, le sentiment d'auto-efficacité (l'efficacité personnelle perçue) peut ne pas l'être, selon que la réussite est attribuée à soi ou à une cause extérieure. De même, un échec réduira moins le sentiment d'auto-efficacité si sa cause est perçue comme extérieure et indépendante de l'individu. Pratiquement, il apparaît que plus un comportement requiert d'aide, et plus il sera attribué à des facteurs externes (Bem 72, Weiner 72). Bandura et al (1985) a trouvé que la meilleure méthode d'induction du sentiment d'auto-efficacité positive consiste en l'utilisation de modeling participatif (exemple et expérience) suivi d'un retrait des aides externes, combiné à des essais personnels de vérification de la capacité de maîtrise du comportement.

Dans la théorie de Bandura, les choix de comportement et d'efforts pour y parvenir sont motivés (partiellement) par l'Sentiment d'auto-efficacité. La TAS se fonde donc sur une micro-analyse des capacités d'adaptation perçues par l'individu et non sur des traits de personnalité. Toutefois, parler d'attente de maîtrise des comportements en général n'a pas de sens : en effet, des décalages entre le sentiment d'auto-efficacité et comportement apparaissent dans certaines circonstances, dont une définition ambiguë de la situation, du comportement ou des "critères de performance". Dans ce cas, la personne peut sur- ou sous-estimer les besoins (requirements).

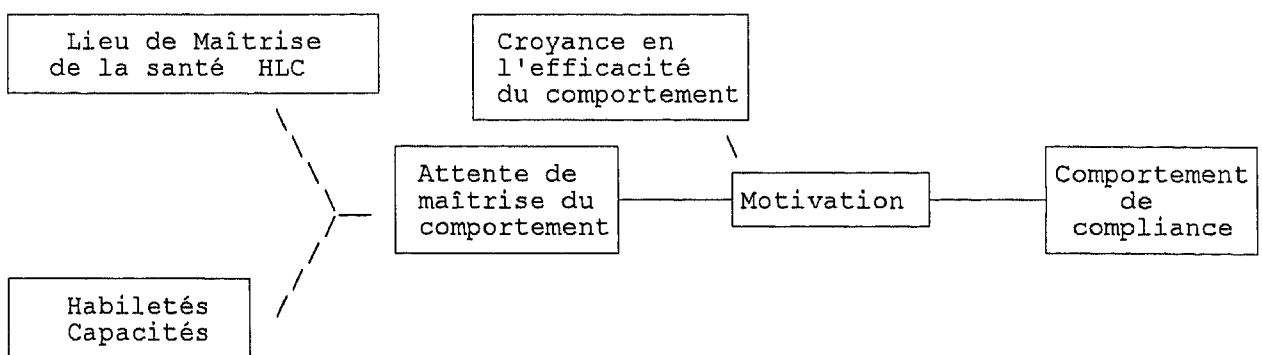
L'auto-efficacité s'est révélée déterminante dans plusieurs études (Diclemente 1981, Weinberg 1979, Desharnais et al 1986). Ces résultats s'expliqueraient par le fait que l'auto-efficacité perçue influence directement la somme d'efforts que l'individu est décidé à fournir pour adopter un comportement, malgré les difficultés et obstacles rencontrés.

Interactions de la théorie du sentiment d'auto-efficacité et d'autres théories

Dans la théorie de la personnalité formulée par Rotter (1966), le comportement dépend du Lieu de maîtrise (HLC) qu'une personne attribue aux événements qui l'affectent.. Il y a souvent confusion entre le sentiment d'auto-efficacité, dirigée vers le comportement, et le HLC (dirigé vers la cause des événements, dont la santé).

Bandura décrit une relation causale entre le HLC, pondéré par l'existence ou non des habiletés nécessaires au comportement, le sentiment d'auto-efficacité et le comportement (Fig.II.4.14.).

FIG. II.4.14 : Sentiment d'auto-efficacité, HLC et comportement.



Cette théorie est, selon son auteur, généralisable à d'autres champs que celui de la psychothérapie, à tous ceux concernant des processus psychologiques liés à des choix de comportements et de niveaux d'effort dans le cadre d'activités à effets potentiels néfastes.

Dans leur théorie de la "learned helplessness", Maier et al (1976) postulent que lorsqu'un individu vit un événement non-maîtrisé, sur lequel il pense ne pas avoir de prise, il s'attend à ce que ses actions ne soient pas suivies d'effets. A cause de ces attentes, il risque de ne plus réagir même dans des situations contrôlables. Parce que cette théorie concerne les "attentes de résultat", proches de la

croissance en l'efficacité du comportement, elle permet de distinguer ces dernières des Sentiment d'auto-efficacité, les deux attentes étant alors susceptibles d'influencer le comportement. La théorie de Maier et al rejoint en partie le HBM dans sa prise en compte de l'"efficacité perçue du comportement".

Il est clair que les individus développent des sentiments d'auto-efficacité différents à partir des mêmes sources d'information. Pour Bandura, ce phénomène ne diminue pas la validité de la théorie, et peut s'expliquer de deux manières:

- 1) Les processus cognitifs (traitement de l'information) utilisés par les personnes diffèrent en fonction des individus (mais probablement aussi en fonction d'autres facteurs que la théorie de l'Sentiment d'auto-efficacité ne prend pas en compte).
- 2) Le sentiment d'auto-efficacité est lui-même influencé par plusieurs déterminants, dont certains ont été détaillés dans le cadre de la théorie du sentiment d'auto-efficacité.

METHODOLOGIE ET OPERATIONNALISATION DU CONCEPT D'AUTOEFFICACITE

En 1982, Sherer a proposé, testé et validé un instrument d'évaluation des sentiments d'auto-efficacité appliqué aux comportements de santé. Son échelle composée de 17 items, mesure la perception de l'auto-efficacité à partir d'un sentiment d'auto-efficacité général (dans la vie) et d'un sentiment d'auto-efficacité spécifique au comportements ciblés.

Il remarque que l'opérationnalisation doit permettre de couvrir l'ensemble du champ des implications comportementales du sentiment d'auto-efficacité.

Ce champ comprend, pour une personne donnée:

- a- le sentiment que la réussite (éventuelle vécue) d'une action donnée est attribuée à ses capacités plutôt qu'à la chance,
- b- la perception de sa capacité de réussir une action donnée ou le comportement de santé visé,
- c- le sentiment qu'il est possible (humainement, dans l'absolu) de réussir le comportement en question,
- d- le sentiment que, en général dans la vie, la réussite est due à ses capacités plutôt qu'à la chance (comme pour le point a, mais en général),
- e- sa probabilité ou risque de découragement ou non face à un échec,
- f- son sentiment général de confiance en elle.

Enfin, alors que Sherer s'appuie sur Bandura (1977) pour dire que le sentiment d'auto-efficacité générale influence directement les situations particulières, Bandura lui-même recommandait plus récemment (1985) de travailler aussi sur des mesures de sentiment d'auto-efficacité spécifiques (à un comportement précis) plutôt que générales. Ce point sera approfondi dans le cadre problématique définitif, au moment du choix des facteurs à examiner empiriquement, et de leur opérationnalisation.

7.A MODELE DE COMPLIANCE EN SANTE (HCM) HEALTH COMPLIANCE MODEL

DESCRIPTION ET ORIGINES DU MODELE

Le Health Compliance Model (Modèle de compliance en santé , HCM) est une version complétée d'un modèle socio-comportemental explicatif de la compliance aux recommandations d'exercice physique régulier, développé par Heiby et Carlson (1986). Le HCM vise l'explication des autres comportements de compliance, et plus particulièrement la prise de médicaments prescrits.

Heiby et Carlson indiquent qu'à priori, le HCM est surtout applicable aux traitements ne nécessitant pas de compétences (savoir-faire) complexes.

La compliance y est présentée comme dépendant à la fois des antécédents et des conséquences du "comportement opérant", les conséquences étant définies tant en termes de contexte objectif que de perception subjective de ce contexte.

Une analyse cognitivo-comportementale inclut la prise en considération de facteurs contextuels (feedback sur les résultats du comportement) ainsi que des variables subjectives (attributions, attentes, capacités de self-control).

Le HCM est de ce fait le premier modèle de compliance à prendre en compte les comportements vécus de compliance et leurs effets (conséquences immédiates ou différées) sur la compliance ultérieure.

Le modèle comprend 3 catégories de variables indépendantes : facteurs externes (situationnels antécédents), conséquences du comportements, facteurs internes (ou "organismiques").

Les conséquences incluent les facteurs de renforcement et d'inhibition, bénéfiques ou inconvénients (reinforcers and punishers) apparaissant après l'adoption du comportement, ce qui donne un nouveau sens au concept de bénéfices-inconvénients jusqu'ici considérés uniquement comme facteurs préalables.

- Renforcement, Bénéfice (reinforcer) : tout effet susceptible de renforcer le comportement. Un renforcement peut être positif (encouragement du médecin à continuer, amélioration physique ou physiologique observable) ou négatif (suppression d'un stimulus aversif, p. ex. effet secondaire indésirable), le premier étant généralement considéré, toutes choses étant égales par ailleurs, comme plus efficace.
- Inhibiteur, Inconvénient (punisher) : tout effet ou événement susceptible de supprimer le comportement acquis (p. ex. critiques pour "dépendance médicamenteuse" de la part de la famille, aggravation de l'état de santé ou des symptômes après la compliance, ...).

Le HCM présente deux intérêts majeurs: c'est probablement le premier modèle à la fois intégratif, global et conçu exclusivement pour la compréhension de la compliance. Par ailleurs, il a été vérifié expérimentalement (voir ci-dessous) et systématiquement, ce qui permet de s'en inspirer plus facilement en raison des possibilités d'opérationnalisation qu'il offre.

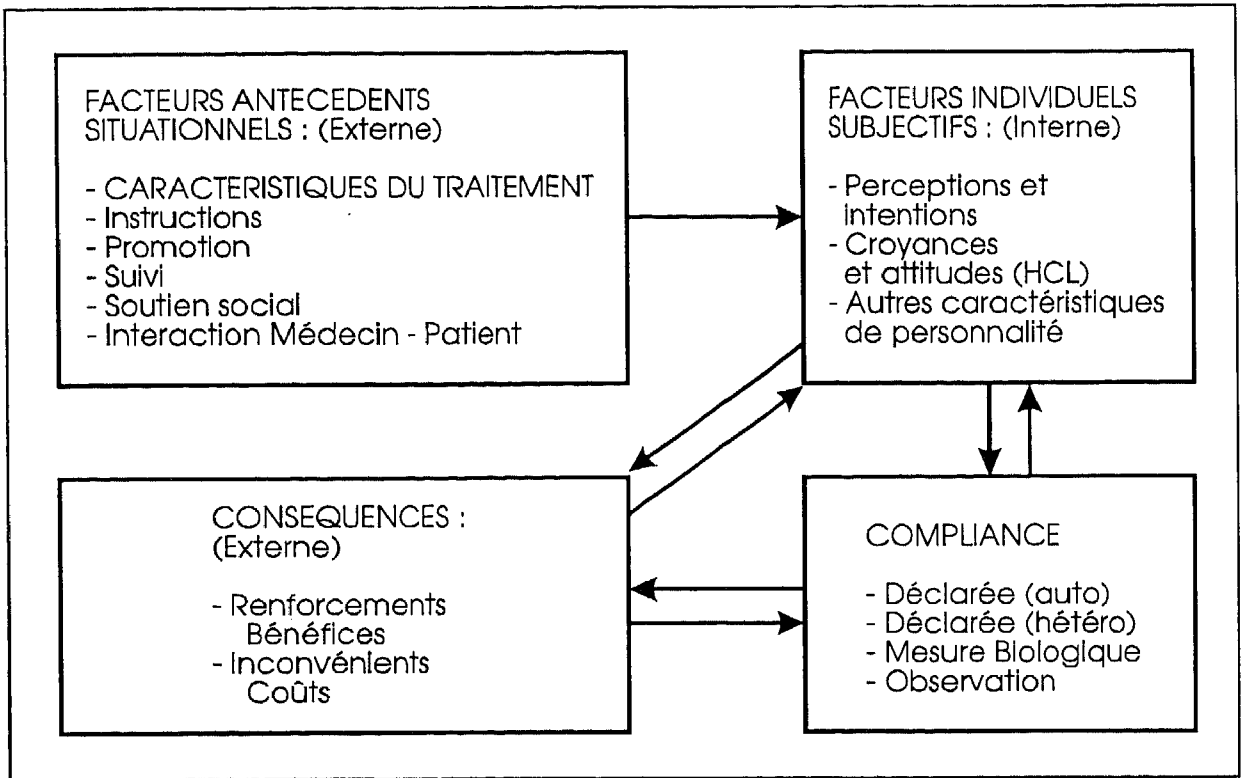
Pour ces raisons, j'ai choisi de détailler un peu plus sa présentation.

APPORTS ET LIMITES DU HCM

Composantes du HCM :

1. Variables antécédentes - situationnelles :

- Caractéristiques du traitement : dosage, goût, couleur, complexité de la posologie, emballage du médicament (le HCM se centre sur les traitements médicamenteux).
- Qualité des instructions de posologie : y compris nature et objectifs du traitement, adaptation au mode de vie, type d'instructions (écrit-verbal).
- Variables promotionnelles :
Education et Média : qualité de l'éducation (adéquation aux centres d'intérêt du patient, aux attitudes et comportements antérieurs,...). Heiby et al critiquent l'approche de communication de masse et



se fondent sur plusieurs études pour en démontrer l'inefficacité en Education pour la Santé. On sait maintenant que ces études, considérant le changement de comportement comme seul critère d'efficacité, ont manqué les effets sociaux (changement de représentations) et ceux à long terme des campagnes par masse-médias. De plus, l'analyse isolée de moyens manque d'intérêt, la synergie de moyens en fonction des objectifs et des réseaux d'information des publics étant manifestement plus pertinente que l'utilisation de moyens isolés.

Aides-mémoires : utilisation de cartes postales, rappels téléphoniques, autocollants, étiquettes spéciales sur boîtes de médicaments... Les auteurs indiquent toutefois que dans certains cas, l'usage de rappels à été contreproductif (Best et al, 1977).

Soutien du pharmacien : rôle d'information et de "déclencheur d'action" du pharmacien... Cole et al (1971) ont obtenu une amélioration de 68 % de la compliance dans un programme impliquant les pharmaciens.

- Adéquation de la communication (verbale et écrite) :

Facilité de compréhension et lisibilité sont les 2 facteurs retenus. Les auteurs ont toutefois omis d'intégrer à cette catégorie les autres variables relatives au mode de communication, tant pour le contenu (logique, structure) que pour la forme (style, illustration, mise en évidence des aspects pratiques...).

- Suivi du patient : quantité et fréquence des consultations de suivi, introduction graduelle du traitement (plutôt qu'en une seule fois, afin de répartir les difficultés et innovations...).

- Soutien social : Participation et soutien du patient par l'entourage familial. Celui-ci peut aussi avoir une influence négative sur la compliance ! L'influence des amis semble avoir moins d'effets que celle de la famille. Par ailleurs, les auteurs supposent (par inférences d'études sur les comportements préventifs) que les groupes de pairs ont une influence, mais ne mentionnent pas les concepts d'"Autres significatifs" (significant others) ou de leaders d'opinion, pourtant liés à la compliance (Pender 82). Heiby et al signale en outre n'avoir trouvé aucune publication concernant l'effet des groupes sur la compliance. Cet effet d'entraide est bien connu par ailleurs, même si son impact sur la compliance n'a pas été spécifiquement étudié. Dans un récent projet, j'ai observé une amélioration nette de plusieurs facteurs de compliance et de la compliance elle-même chez un groupe de 50 patients diabétiques engagés dans un travail d'aide et d'accompagnement en groupes

sur une période de deux ans et demie, par rapport à un groupe témoin comparable à tous points de vue, participation au projet exceptée. Si le rôle spécifique du groupe est difficile à extraire de l'ensemble des effets observés, il ne fait aucun doute qu'il y participe (Deccache et al 1993).

- Interaction Médecin-Patient : Plusieurs aspects de la relation de soins sont pris en compte : quantité d'information sur le traitement (mais pas la fréquence d'information ou le mode), justification du choix du traitement, comportement affectif (proximité, chaleur, amitié), type de relation (autorité), prise en compte des attentes du patient par rapport à la compliance, questionnement sur les comportements antérieurs de compliance, prise en compte des plaintes du patient (Svarstad, 76). Récemment, Svarstad a fait état de nouvelles observations renforçant les précédentes, et dirigeant ses conclusions dans le même sens; elle manifestait aussi ses craintes sur le peu de changement survenu dans les pratiques médicales de communication, dans les 20 dernières années (conversation au U S Pharmacopeial Convention, congress on patient education, Bethesda, NIH, septembre 1992).

2. Facteurs individuels subjectifs :

- Perceptions du patient:

Intentions : liés au comportement de compliance, Fishbein et Ajzen (1975) ayant démontré la haute valeur prédictive des intentions. Le rôle des intentions déclarées a été démontré par Levy et al (1979), tandis que Wurtele et al (1980) mettaient en évidence la relation proportionnelle entre le niveau d'"implication" (déclaration d'intention de compliance) et celui de compliance effective. Malgré le rôle indiscutable des intentions, leur place, immédiatement avant le comportement ne laisse guère de possibilité d'intervention: ils ont donc une place de "charnière" sans grand intérêt pratique. De plus, leur évaluation rencontre les mêmes difficultés que celle de la compliance elle-même.

Bénéfices et inconvénients : la croyance en l'efficacité du traitement est le principal bénéfice (Elling et al, 1960, Kirscht et al, 1977, Hochbaum, 1956...). Par ailleurs, les coûts perçus sont des facteurs inhibant la compliance : financiers, douleur, temps requis, effets secondaires, complexité du traitement. Le rôle des effets secondaires perçus semble toutefois faible: Johnson (1973) ayant trouvé qu'ils ne comptaient que pour 7 % de la non-compliance ou l'abandon du traitement.

Vulnérabilité et gravité perçues : Alors qu'il n'y a pas de relation entre la gravité, estimée par le médecin, et la compliance, plusieurs recherches ont démontré l'influence de la gravité perçue (voir à ce sujet le HBM). Hochbaum (1958) avait de plus signalé que cette influence n'est pas linéaire, puisque des perceptions de gravité faible ou très élevée sont toutes deux liées à la non-compliance; par la suite il s'est avéré que la perception de gravité devait s'accompagner d'un sentiment de pouvoir agir sur la situation pour activer le comportement (de compliance ou de recherche de solutions).

Perception du médecin par le patient : Le niveau de satisfaction, de compétence, de gentillesse et d'intérêt du médecin (Nelson et al, 1975) sont, avec le sentiment que ses attentes sont satisfaites (Károly et al, 1975) les facteurs retenus par Heiby et al pour le HCM. Ce point de vue est original, parce qu'il allie facteurs de relation et perceptions de cette relation, tous deux influents bien que les seconds le soient plus.

- Croyances et attitudes :

Lieu de maîtrise de la santé (HLC) : positivement corrélé à la compliance (Hart 1982), surtout si le HLC est spécifique à un problème de santé, et non général à la santé (voir à ce sujet le HLC). Auto-gestion du traitement : l'utilisation de stratégies et technique d'auto-gestion, et particulièrement l'auto-surveillance (self-monitoring) et l'auto-renforcement, est significativement corrélée à la compliance (Nessman et al, 1980).

- Autres facteurs de personnalité :

Le fait de ne pas être dépressif, de rejeter le "rôle de malade", d'avoir un style de vie actif (Olrige, 1982) et d'avoir un vécu de compliance positif (Kasl et al, 1966) sont corrélés à la compliance. Enfin Latiolais et Berry (1969) ont trouvé une relation significative entre le savoir sur le traitement (nom des médicaments, posologie) et la compliance. Bien que j'aie également observé les mêmes résultats (Deccache et al 1992), cette relation pose un problème, puisque le savoir est une condition nécessaire mais insuffisante au comportement.

3. Facteurs liés aux conséquences (Bénéfices et inconvénients) :

Les bénéfices (renforcement) peuvent être financiers, sociaux (valorisation par autrui), ou personnels (amélioration de l'état de santé, ou réduction des symptômes). Les inconvénients peuvent aussi être physiques (aggravation, effets secondaires), financiers (coût du traitement) ou autres (temps consenti).

Bénéfices et inconvénients peuvent être immédiats ou différés ! L'influence du facteur "délai" peut donc être déterminante, outre l'existence ou l'absence du bénéfice ou de l'inconvénient. J'ajouterai l'hypothèse que la valeur accordée au facteur peut être importante, et décisive dans le calcul du rapport bénéfices/inconvénients.

Dans le HCM, on rencontre à deux reprises les facteurs bénéfices/inconvénients de la compliance. Dans le cadre des facteurs individuels subjectifs, il s'agit des bénéfices/inconvénients perçus et projetés, avant le comportement, et cette projection agit comme déterminant de la compliance. Dans le cadre des facteurs "conséquences", il s'agit des bénéfices/inconvénients perçus et vécus après comportement (compliance ou non); ces facteurs de feed-back agissent sur les comportements ultérieurs, relatifs au même traitement, ou à un autre, pour le même problème ou non ! Cette double situation permet de "dynamiser le modèle" et de prendre en compte le facteur temps et ses effets. Cependant, une lacune majeure apparaît dans la liste des "inconvénients" ou freins à la compliance: l'absence du facteur constitué par la fonction de la maladie. Si la maladie présente des avantages pour le patient, alors la perte de ces derniers devrait être considérée comme un inconvénient (plus ou moins important) du traitement, au même titre que son coût et ses effets physiques et sociaux.

Il faut noter que la présentation et la discussion du HCM par Heiby et al ne sont accompagnées d'aucune référence ou mention des choix théoriques sous-jacents à leur proposition. Il est difficile dès lors d'en déduire les stratégies d'intervention prévues par les auteurs, si tant est qu'ils l'aient fait. Ce modèle manque de précision quant à sa perspective de base: on ne sait pas comment il envisage la place du patient et laisse des doutes sur l'orientation et le sens que ses auteurs donnent aux facteurs pris en compte. Il prend manifestement en compte l'interdépendance et l'interaction des facteurs, mais ne dit pas comment.

Enfin, le HCM omet les facteurs concernant le contexte institutionnel bien qu'il laisse une large part à l'interaction soignant-soigné. De ce fait on se situe à nouveau dans des relations de soins interindividuelles où les interactions deux à deux sont prises en compte mais pas les effets du projet de soins ou de l'équipe soignante et son fonctionnement.

METHODOLOGIE ET OPERATIONNALISATION

Le HCM initial, décrit ci-dessus, n'a été testé qu'ultérieurement. Dans une recherche sur les facteurs de compliance au traitement du diabète sucré, Heiby, Gafarian et McCann (1989) ont trouvé des corrélations, moyennes mais significatives ($0,2 < r < 0,4$, $p < 0,05$) pour les facteurs suivants: 1) pratique de l'auto-surveillance du diabète (et du traitement) et de l'auto-renforcement; 2) présence d'une intention (déclarée) d'être plus compliant; 3) se sentir "acteur" de sa santé (avoir un lieu de maîtrise interne); 4) avoir une connaissance significative du diabète; 5) avoir un style de vie actif; 6) trouver que le régime alimentaire et l'exercice physique "prescrits" acceptables et supportables (et mieux, agréables); 7) avoir un soutien social positif (favorable à la compliance); 8) percevoir son médecin comme chaleureux et amical; 9) avoir reçu une éducation au traitement.

Alors que les 6 premiers facteurs se rapportent à la catégorie des variables individuelles-subjectives, les 3 derniers concernent celle des variables situationnelles-antécédentes. Les autres facteurs étudiés dans cette recherche, vulnérabilité et gravité perçue de la maladie, bénéfices et inconvénients perçus, ne sont pas corrélés à la compliance. Selon Heiby et al, le dispositif de recherche est peut-être en cause, l'enquête ayant été effectuée par questionnaire auto-administré, par courrier, et sur un échantillon de patients touchés par voie d'annonce.

Le questionnaire d'enquête étant "expérimental", ses validité et fiabilité n'ont été que partiellement vérifiés.

Enfin, deux remarques me semblent à faire sur ces résultats :

- 1) le facteur "intention" peut difficilement être repris tel quel ici, puisque les mesures du facteur et de la compliance ont été simultanées et que la question portait sur l'intention future de compliance. Ce n'est donc pas le facteur "intention" prévu dans le HCM qui a été mesuré;
- 2) la corrélation apparaissant entre savoir sur la maladie et compliance est contradictoire avec d'autres recherches, mais elle peut s'expliquer. Toutefois, c'est bien le savoir pratique, sur le traitement, qui est explicitement repris dans le HCM, et également considéré comme facteur d'influence de la compliance dans d'autres travaux (quoique le lien savoir - compliance n'est pas proportionnel).
- 3) le concept de bénéfices-inconvénients qui existe dans plusieurs modèles n'est manifestement pas aisé à opérationnaliser. Comment prendre en compte la part de chaque facteur impliqué dans ce rapport? comment surtout conserver le poids, différent pour chaque patient, de chaque facteur concerné? ces questions devront être réexaminées dans la partie expérimentale de la recherche.

7.B MODELE SYSTEMIQUE DE SOINS PREVENTIFS (MSSP)
SYSTEMS MODEL FOR PREVENTIVE CLINICAL CARE

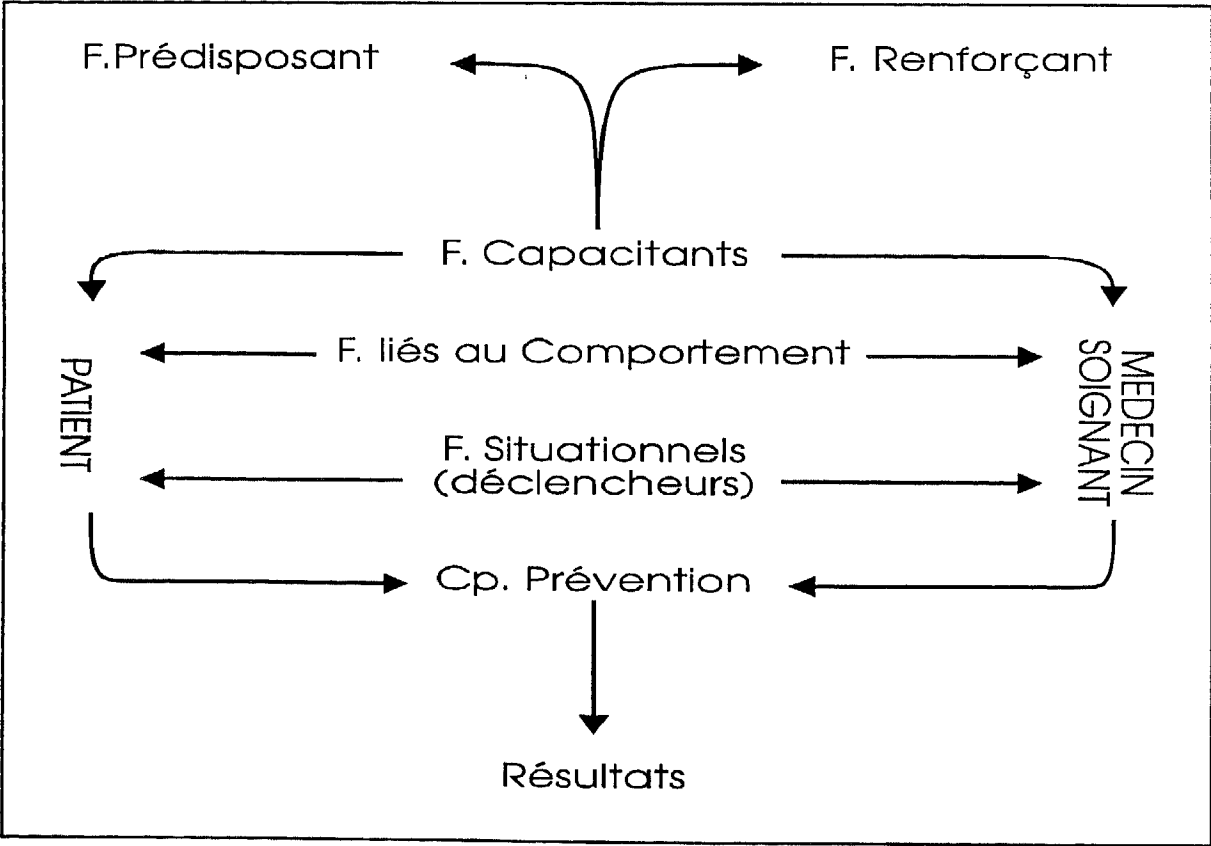
DESCRIPTION ET ORIGINES DU MSSP

Aussi appelé "Model for Clinical Prevention", Le MSSP se veut un modèle intégratif, directement construit pour l'étude de la compliance, dans le cadre de la pratique clinique. Pour ses auteurs, le MSSP a la particularité de mettre en évidence les rôles respectifs du patient et du médecin (soignant) comme déterminants du comportement de prévention et de soins préventifs (le cas des maladies chroniques). Le modèle a été conçu en 1992 par Walsh et McPhee à partir du HBM, du PRECEDE, et des modèles de Bandura (auto-efficacité) et Fishbein (TAR).

Le MSSP utilise la typologie du Diagnostic Educatif du modèle PRECEDE, distinguant 3 catégories de facteurs, prédisposants, facilitants (capacitants), renforçants, et y intègre les facteurs relatifs au soignant. En outre, il ajoute des facteurs organisationnels, des facteurs liés au Comportement de prévention, et des facteurs situationnels (les "déclencheurs d'action" ou cues to action, du HBM).

Par la prise en compte des facteurs liés au Soignant et des facteurs organisationnels, le MSSP s'apparente au "cadre de référence" (moins structuré) que j'avais proposé en 1988 (Deccache, 1988). Il s'en différencie toutefois par l'ajout des "déclencheurs" et par l'utilisation de la typologie de Green. Le comportement préventif est vu comme la résultante de l'intervention combinée du patient et du soignant, eux-mêmes influencés par leurs facteurs prédisposants, capacitants et renforçants respectifs, ainsi que par des facteurs organisationnels et des "déclencheurs d'action" (cf FIG. II.4.16)

FIG. II.4.16 : Le modèle systémique de soins préventifs *(Walsh et Mc Phee)(1992, HEQ)*



1. Facteurs liés au patient

- Facteurs prédisposants : concernent le vouloir, la motivation du patient. Comme dans ma proposition de 1988, le MSSP distingue facteurs modifiables (ex. : âge, statut socio-économique, facteurs socio-démographiques) et non modifiables. Croyances et attitudes (croyances religieuses ou culturelles sur le comportement, peurs (vulnérabilité à la maladie et aux rechutes, dans le HBM), attitude à l'égard du comportement et de la Promotion de la Santé, motivation de l'individu, son "lieu de maîtrise" interne (IHLC), sa perception de son auto-efficacité (sentiment de maîtrise du comportement), la valeur qu'il accorde à sa santé sont aussi des facteurs prédisposants.
- Facteurs capacitants : habiletés et ressources nécessaires au comportement : comprennent le savoir relatif au comportement, les facteurs physiologiques (ex. : dépendance à la nicotine), habiletés savoir-faire et aptitudes), et facteurs "logistiques" (accessibilité, horaire des services de soins...).
- Facteurs renforçants : soutien de l'entourage (sanitaire et social) et effets positifs immédiats et perceptibles (même secondaires), (estime de soi) ou objectifs (perte de poids).

2. Facteurs liés au médecin

- Facteurs prédisposants : bien que les caractéristiques socio-démographiques n'aient pas été liées aux pratiques éducatives et préventives des médecins, Walsch et Mc Phee incluent le sexe comme facteur prédisposant (les femmes soignantes seraient plus "préventives" que hommes), ainsi que les habitudes de santé des médecins.
Les attitudes envers la prévention, la perception de son auto-efficacité (en matière d'Education du Patient), la perception de la motivation du patient et de son niveau d'information, la perception de sa propre compétence médicale et de son rôle éducatif sont aussi des facteurs prédisposants.
Ce point de vue rejoint à nouveau le mien, qui s'étendait toutefois aussi aux autres personnels de soins que le médecin.
- Facteurs capacitants : compétences réelles en prévention (en éducation et formation), spécialité médicale, degré d'expertise technique (médicale), compréhension des buts et orientations de la prévention, facteurs logistiques (temps, place, personnel, équipement, disponibilité de matériel éducatif éprouvé).
- Facteurs renforçants : découverte de situations problématiques (incident case), obtention d'effets positifs perceptibles, satisfaction du patient, communication interprofessionnelle sur la prévention sont des éléments de feed-back renforçants.

3. Facteurs organisationnels

Ils affectent indépendamment le médecin et le patient et comprennent : l'accessibilité des soins de santé (et le type d'accès; p.ex. : populations défavorisées qui utilisent les Services d'Urgences comme Service de Santé Primaire), disponibilité de services préventifs, coûts des services préventifs, facteurs logistiques : priorité institutionnelle pour la prévention, organisation de la consultation médicale (limite de temps, orientation vers le traitement et/ou la prévention), et coordination avec les ressources communautaires (soins à domicile,...). A l'instar de quelques rares autres chercheurs, Heiby et Carlson remettent en question l'organisation des soins et la structure des unités de soins, conçus pour les prises en charge de patients "aigus" et inadaptés à celle des patients chroniques.

Les Services hospitaliers les plus novateurs ont d'ailleurs cherché, plus ou moins intentionnellement, à pallier cette lacune organisationnelle, par exemple en organisant des "buffets" où les patients peuvent apprendre et expérimenter les régimes qui leurs sont prescrits, etc...

4. Facteurs liés au comportement

L'efficacité potentielle du comportement (capacité à produire l'effet attendu) et l'efficacité (utilité quand mis en oeuvre dans une population donnée ou chez un patient!), ses effets secondaires réels ou potentiels, les risques ou inconvénients (discomfort) qu'il peut occasionner se retrouvent ici.

5. Facteurs situationnels/environnementaux : (déclencheurs d'action)

Repris du HBM qui les nommait cues, ils peuvent être internes (symptômes) ou externes (intervention d'autrui, rappel du médecin, information via masse-médias).

LIMITES DU MSSP

L'originalité de ce modèle et sa capacité à intégrer la plupart des facteurs recensés, dans leur diversité sont remarquables. Toutefois, à cause de son intérêt, il appelle plusieurs remarques.

- 1- Pour les auteurs, la dynamique du MSSP est aussi importante que ses composantes: Le comportement y résulte de l'intervention simultanée du Patient et du Médecin, comme dans le cadre que j'avais déjà proposé en 1988 (cf chap II.2, FIG II.2.1 et suiv.). Cette représentation me semble à présent erronée, car le comportement n'est, in fine, que le produit de l'individu, influencé bien sûr par l'ensemble des autres facteurs. Le choix restant au patient seul, il paraît inadéquat de rendre le médecin ou tout autre facteur directement responsable du comportement du patient, au même niveau que ce dernier.
- 2- La schématisation du MSSP comporte une erreur : elle confond facteurs et acteurs! En effet, facteurs appartiennent au patient et au médecin; il est donc incorrect de faire figurer ces derniers en dehors des facteurs qui les concernent.
- 3- Alors que dans le PRECEDE, Green voyait une hiérarchie, un sens précis des interactions (du moins dans l'intervention à effectuer) entre catégories de facteurs, le MSSP les présente en "interaction", sans toutefois expliquer ce choix (ses auteurs reconnaissant d'ailleurs cette "faiblesse" du modèle). A mon sens, la faiblesse réside dans l'absence de pistes d'opérationnalisation et d'intervention qui confinent ce modèle dans un rôle purement prédictif.
- 4- Dans le MSSP, le rôle des comportements vécus (antérieurs) est oublié tout comme chez Green, alors que, parmi d'autres, Lau (1988) a mis en évidence l'influence de ces comportements sur les attitudes et comportements postérieurs.
- 5- Ce modèle s'inscrit dans une perspective manifestement objectiviste, mais se dit systémique:
 - a- certains facteurs, à la signification ambiguë, sont classés ou présentés sans précision ou même clairement comme indépendants des représentations des patients. En effet, alors que le soutien social, l'accessibilité des soins, l'efficacité du traitement peuvent être lus de points de vues différents (soignant ou patient au moins), qui mèneraient à des conclusions variées, le MSSP ne les situe pas dans le cadre de ce qui est propre au vécu du patient, dont le rôle de sujet se trouve réduit.
 - b- L'orientation de ce modèle est de prédire les comportements, à travers ce qui est nommé "déterminants". Ce processus est typique d'une perspective déterministe de la santé, dont le modèle s'écarte cependant par une tentative de globalisation de l'explication du problème et une ouverture à la dynamique des relations et au rôle du temps (évolution) dans la compliance.
 - c- Toutefois, Les résultats (outcomes) du MSSP sont exprimés en termes épidémiologiques : réduction d'incidence, de morbidité et de mortalité. Ces résultats sont l'effet direct du comportement visé (et de lui seul, selon le modèle, ce qui est loin d'être toujours le cas). Ce choix situe à mon avis ce modèle dans la catégorie des "intégratifs non-globaux": il prend en compte la diversité des facteurs, mais du point de vue du prescripteur, ce qui en limite l'ouverture. Dans ce modèle aussi, une ambiguïté apparaît et laisse supposer qu'un même cadre explicatif peut être utilisé et interprété de manières différentes.
- 6- Le MSSP est un modèle récent, représentatif de l'évolution des dernières années. Il intègre la majorité des apports des autres modèles, et ouvrant d'intéressantes possibilités de recherche et d'action, pour autant que ses limites apparentes soient revues
- 7- Pour ses auteurs eux-mêmes, le MSSP présente les faiblesses suivantes :
 - Modèle générique, et donc incapable de préciser le rôle des facteurs selon les problèmes de santé considérés j'ajoute : surtout selon les patients considérés !). Absence de pondération des facteurs selon les contextes et publics;
 - Modèle centré sur la dyade Médecin - Patient, sans considération suffisante du rôle des autres soignants et la famille du patient, ni des interactions entre soignants (ensemble) et patient.

7.C MODELE DE PREDICTION DES COMPORTEMENTS DE SANTE (MPCS)

HEALTH PROMOTION MODEL

DESCRIPTION ET ORIGINES DU MODELE

Le Modèle de prédiction des comportements de santé intègre plusieurs approches, théories et concepts isolés explicatifs de la compliance (et des comportements de santé). Il a été proposé par Pender (1982) et utilisé par Richard (1988) avec une population de patients opérés d'un pontage aorto-coronarien.

Le MPCS se fonde principalement sur le Modèle des croyances de santé (HBM) et y intègre des facteurs issus de la théorie d'apprentissage social, le concept de lieu de maîtrise de la santé (HLC), et plusieurs autres facteurs, originaux ou modifiés dans leur définition ou leur dimension. Comme tel, il figure parmi les premières formulations de modèles intégratifs, rassemblant les acquis de recherches isolées ou menées sur des éléments d'explication, en un système global. Sa capacité prédictive, son objectif déclaré, n'est pas démontrée, d'une part parce que les relations de cause à effet qu'il propose ne sont pas vérifiées, et d'autre part parce que l'enchaînement des relations causales reste à démontrer.

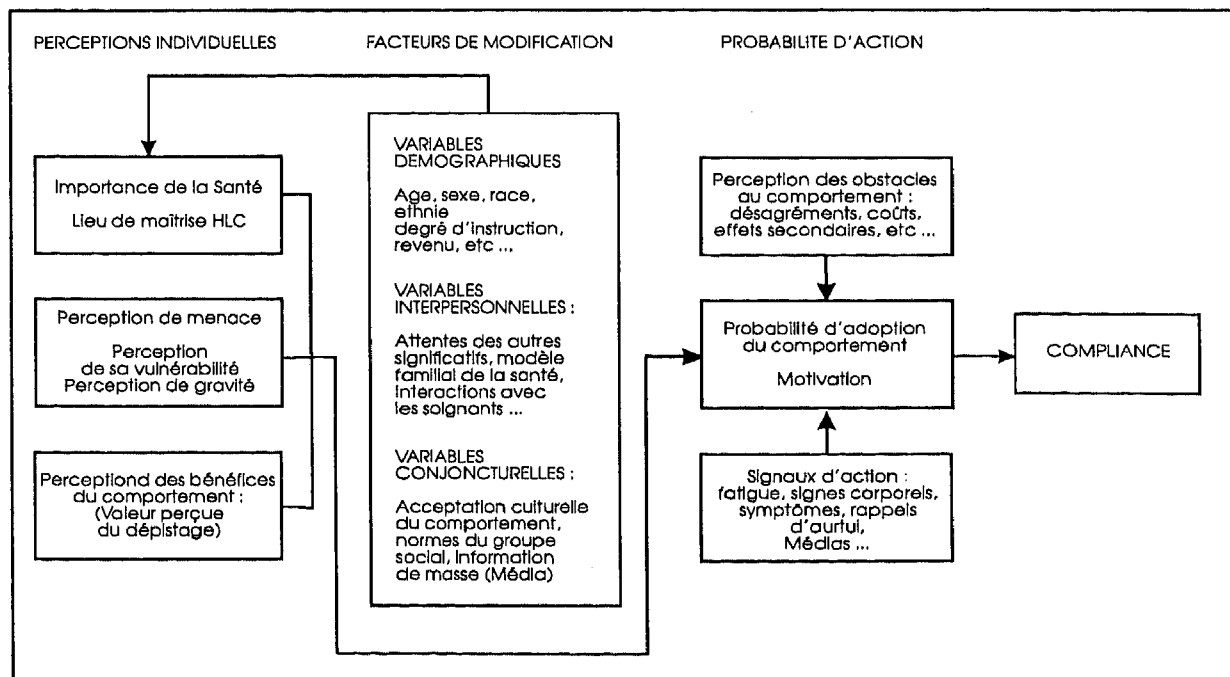
Le MPCS se compose de 5 catégories de facteurs

1. "Perceptions individuelles", relatives à la santé, la maladie, aux bénéfices du traitement;
2. "Facteurs de modification" : variables socio-démographiques, interpersonnelles (attentes des autres, interactions avec les soignants) et conjoncturelles (normes sociales, acceptation culturelle des comportements de santé...);
3. Perception des obstacles au comportements de santé;
4. Signaux d'action, déclencheurs (Cues to action);
5. Probabilité d'adoption du comportement préventif.

Les trois dernières catégories constituant la "probabilité d'action" (cf FIG. II.4.17).

FIG. II.4.17 : le Modèle de prédiction des comportements de santé

(Pender 82, adapté par Richard 88)



Explication des catégories de facteurs

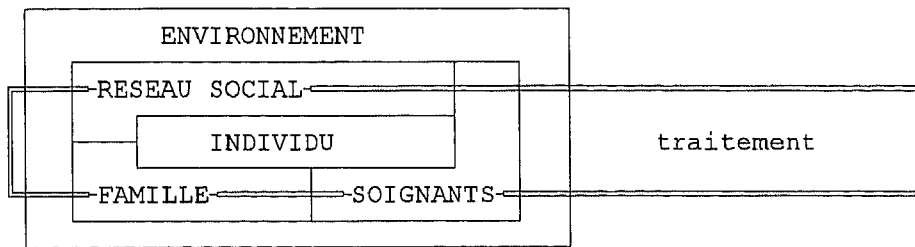
- **Importance de santé et lieu de maîtrise de la santé (HLC) :** incluent le niveau de préoccupation pour la santé (Becker et al, 1972) et la perception de l'état de santé (Garrity 1973, Brown et al 1975), prédicteurs du "moral" et d'adaptation à la maladie. Ces auteurs, ainsi que Richard, déduisent une relation causale qui est discutable, par exemple l'effet du moral en général (vie familiale, professionnelle... influençant la perception de sa santé...). Cette catégorie inclut aussi le lieu de maîtrise de la santé (HLC). Selon Wallston et al (1978b) et Hallal (1982), le HLC influence non seulement les différents comportements de santé, mais aussi le comportement de recherche d'information. Richard nuance le rôle du HLC. Elle relève l'influence du temps sur le HLC : dans les maladies chroniques, certains individus ont tendance à devenir fatalistes (et passent d'un HLC interne à un HLC chance). Pour Balsmeyer (84), une personne à HLC interne qui perçoit ses connaissances et ses comportements de santé habituels comme insuffisants, peut réagir en renonçant à son HLC interne.
- **Variables liées à la maladie :** Richard se fonde sur Goos (1981), in Richard 1988, pour lier la perception de gravité à la présence et au nombre de symptômes. Cela est de nouveau discutable, car la perception de l'évolution probable (projection dans le temps) et le niveau d'interférence avec la vie quotidienne me semblent plus indicatifs de la gravité, alors que les symptômes seraient liés à la perception de vulnérabilité (de même que le vécu, l'expérience de ce type de problème de santé). Becker et al (1975) remarquent qu'en l'absence de symptômes, la gravité perçue n'influence pas linéairement le comportement préventif : peu ou trop de perception de gravité est associé à peu de probabilité de comportement préventif.
- **La perception des bénéfices** inclut, selon Richard, celle de l'efficacité du comportement préventif, et celle de la compatibilité de celui-ci avec les croyances personnelles.
- **Variables démographiques :** Malgré que les variables socio-démographiques ne soient pas liées au comportement préventif ou à la compliance (Sackett et Haynes 1976), Pender les inclut au MPCS, se fondant sur les recherches de Chang et al (1985), qui observe une relation proportionnelle entre niveau d'instruction et compliance) et de Davis et al (1963) qui note la relation inverse.
- **Variables interpersonnelles :** elles comprennent: le statut marital (bien que socio-démographique, à comprendre ici comme le fait de vivre seul ou non) (Caplan et al 1976), l'attitude des proches vis-à-vis du comportement préventif et la perception que l'individu a de cette attitude (Miller et al 1984), le soutien social (Klinger 1981), la dynamique familiale (composition, règles, structure de pouvoir, style de communication, attentes, adaptabilité) (Rutkowsky 1982). Le réseau social (amis, voisins, collègues, connaissances...) agit aussi directement (influencerait la pensée et actes) et indirectement (agit comme frontière avec l'environnement) (Pender 1982). Enfin, la relation avec les personnels de santé : satisfaction vis-à-vis des soins, perception de chaleur, intérêt et empathie, d'accessibilité, constitue une importante variable interpersonnelle (Caplan et al 1976, Strauss et al 1984, in Richard 1988, Anderson 1985, Mc Cord 1986). Bien que Pender et Richard accordent une place à l'influence des soignants sur le comportement préventif et la compliance, cette place semble d'une part réduite (même niveau que chacune des "sous-variables") et d'autre part avoir un impact sur deux perceptions individuelles seulement, alors qu'à mon avis, elle agit sur plusieurs d'entre elles. De plus, la crédibilité des sources de conseil de santé n'est pas mentionnée, alors qu'elle a été reconnue comme élément déterminant.
- **Variables conjoncturelles :** l'acceptabilité culturelle des comportements préventifs, les normes du groupe social de référence et l'information sociale sont rassemblées dans cette catégorie. Une originalité de cette catégorie est la prise en compte du groupe de référence, tandis que le groupe d'appartenance est cité dans la catégorie précédente; de plus, le concept de groupe social de référence est utilisé pour la première fois dans ce modèle.

- **Obstacles au comportement préventif** : Richard y inclut les priorités personnelles du patient (Klinger 1981), alors qu'elles ne devraient l'être que si elles sont incompatibles avec le comportement préventif. Elle inclut aussi les obstacles liés au traitement : complexité, adéquation au style de vie, coût, effets secondaires, durée... Il s'agit ici des perceptions que le patient en a.

A nouveau, la pertinence de la séparation, par Pender, des obstacles et des bénéfices se pose, par rapport au regroupement qu'en font Rosenstock (1958), in Richard 1988, et Becker (1974a) dans une même catégorie : les mêmes variables constituent plutôt, selon la valence qui leur est attribuée (+ ou -), consciemment ou non, un bénéfice ou un obstacle : par exemple, un coût estimé faible ne sera pas un obstacle (il peut même être un moteur), alors que s'il est estimé élevé, il constituera un frein.

Par ailleurs, cette valence varie avec le temps, en fonction des changements dans les priorités accordées par le patient aux différents aspects des comportements préventifs ou de la compliance; de ce fait, les coûts et bénéfices perçus varient de même. Christensen, et al (1985) y ajoutent la perception des coûts passés, et donc des comportements préventifs vécus, et trouvent que la validité du MPCS s'en trouve renforcée.

FIG. II.4.18 : Place des facteurs individuels, sociaux et environnementaux dans le MPCS



APPORTS ET LIMITES DU MPCS

Dans le MPCS, une tentative importante de rapprochement de modèles jusqu'ici distincts est effectuée. Pender prend en compte les composantes individuelles subjectives et les influences sociales "objectives" (attentes des autres...). Toutefois, il ne précise pas si la subjectivité des déterminants sociaux et culturels est incluse. Il y a en effet une différence (non relevée par Richard) entre les attentes des autres (qui déterminent leur comportement de soutien) et la perception que l'individu a de ces attentes et du comportement de soutien! Les 2 facteurs (objectif et subjectif) interagissent et influencent le comportement préventif. En fait, c'est en fin de compte la perception que l'individu a des normes sociales (du groupe d'appartenance ou de référence) et donc le soutien social perçu qui détermineront son comportement préventif.

Par ailleurs, certains facteurs dont l'influence a été démontrée restant absents de la tentative d'intégration réalisée ici : l'attitude à l'égard des comportements préventifs, les intentions de comportement (Cfr. Théorie de l'Action Raisonnée TAR, de Fishbein et Ajzen), le concept d'auto-efficacité perçue (ou Sentiment de maîtrise du comportement), ou encore l'influence de la "qualité de l'Education pour la Santé", facteur qui agit sur la plupart des autres (Heiby et Carlson 1986, Deccache et Lavendhomme 1989).

Une autre question posée par le MPCS concerne le regroupement, en 3 variables indépendantes l'une de l'autre, des perceptions de gravité, vulnérabilité et menace. Alors que le HBM original, dont ces variables sont reprises, présentait la dernière comme la résultante des deux premières, le HBM appliqué à la compliance (Becker et al 1975) supprime la "perception de menace" et en conserve des éléments (effets néfastes sur le corps et sur les rôles sociaux, d'ailleurs liés à la perception de la gravité). Pender revient à la formulation initiale du HBM, mais sans l'hierarchie des facteurs que le HBM proposait. Cette "3ème version" ne fait pas la preuve de son intérêt ou de sa validité !

Enfin, la visualisation (le schéma) du MPCS présente un fléchage difficile à lire, dont le "désordre" inexplicable ne semble pas se justifier, de même que les relations causales établies : pourquoi les "facteurs de modification" n'influencent-ils que deux des sept perceptions classées comme "perceptions individuelles", alors que la perception des obstacles est classée comme une "Probabilité d'action" ?

Dans son utilisation du MPCS, Richard explicite ses choix théoriques, et donne donc un sens particulier au modèle : elle définit la compliance comme le résultat d'une décision négociée, en partenariat, et issue d'une décision du patient lui-même. De ce choix, il découle que l'application du modèle sans questionnement, à des situations où la compliance (ou les comportements) sont évalués comme le degré de respect de la prescription ou de la recommandation, peut être inadéquate.

7.D THEORIE DES SYSTEMES AUTO-REGULES (SAR) SELFREGULATORY BEHAVIOR THEORY

DESCRIPTION ET ORIGINES

La théorie des systèmes autorégulés (SAR), proposée par Leventhal et al (1984) comme cadre explicatif aux processus de compliance, est issue à la fois du modèle psycho-sociologique du comportement (Lewin 1935 in Leventhal et Cameron 1987), du Modèle d'Apprentissage social (Rotter 1954 in Leventhal et Cameron 1987), et de la version ultérieure dite "d'auto régulation" (Kanfer 1977).

Dans la théorie des systèmes auto-régulés (SAR), le patient est une personne capable de résoudre activement les problèmes, et dont le comportement vise à réduire l'écart entre son état actuel et celui qu'il estime devoir atteindre (et donc répondre à un besoin qu'il ressent). Le comportement dépend donc des représentations cognitives des deux éléments qui définissent le besoin, des intentions et plans d'action, et des moyens d'auto-évaluation et d'auto-renforcement (appraisal techniques) (Carver et al 1982, Leventhal et al 1983).

La théorie des SAR s'inscrit dans le rapprochement opéré au début des années 80 entre approches comportementaliste et cognitiviste de la psychologie de la santé, aboutissant à la formulation de théories cognitivo-comportementales. Cette théorie identifie 3 catégories de facteurs déterminant le comportement d'adaptation :

- 1) la "représentation cognitive" de la menace pour la santé : identité perçue (symptômes et diagnostic), causes potentielles, conséquences possibles, perception de l'évolution de la menace;
- 2) le "plan d'action" (phase d'adaptation) envisagé par l'individu;
- 3) la phase d'"appraisal" où des critères d'auto-évaluation de l'adaptation (et de l'action) sont utilisés, et des ajustements éventuels réalisés.

A chaque phase, des réactions affectives peuvent apparaître, et des stratégies d'adaptation supplémentaires sont alors développées pour gérer ces émotions. Les processus d'adaptation aux réactions affectives seraient parallèles à ceux utilisés pour l'adaptation à la situation de santé, et même partiellement indépendants d'eux, mais aussi en interaction (Leventhal 1970). Ces deux processus d'adaptation, cognitif et affectif, sont des systèmes auto-régulés, et sont tous deux déclenchés par des stimuli de l'environnement (messages d'information) et/ou internes (symptômes). L'élaboration des éléments constitutifs de chaque phase, tant représentations qu'actions et que choix de critères d'évaluation, sont le résultat d'interactions entre les stimuli environnementaux et la mémoire de l'individu. Différentes personnes effectueront des choix différents, et une même personne aura des réactions différentes dans le temps, utilisant leur mémoire, tant épisodique (autobiographique expérientielle) que sémantique (concernant les représentations et concepts) : dès lors, des "conflits de mémoire" peuvent apparaître, par exemple, lorsque le vécu d'un épisode de maladie interfère avec le savoir théorique qu'on en a.

Un problème majeur consiste à trouver une cohérence dans les conflits entre mémoire épisodique et mémoire sémantique, notamment lors d'épisodes dépourvus de symptômes, durant lesquels l'individu peut ne pas se sentir vulnérable (par expérience ou par manque de "vécu") et simultanément savoir (au niveau sémantique) que son état nécessite une action de prévention.

Le modèle des SAR accepte des acceptions variées de la compliance. En effet, s'il prévoit qu'un comportement d'adaptation aura lieu dans les conditions requises, il envisage que ce comportement ne soit pas "compliant", c'est-à-dire que l'adaptation choisie peut ne pas correspondre aux comportements prescrits par le médecin, en raison de divergences de visions du problème de santé. Pour Leventhal, un échec de communication à l'un des 3 niveaux (représentation, adaptation, ajustement) suffit à causer la non-compliance : c'est le cas lorsque le médecin omet de fournir des informations sur les résultats (effets) visibles de la compliance, par exemple.

Par ailleurs, l'intégration par le patient de ses symptômes actuels à sa mémoire épisodique, son expérience relative à des épisodes aigus, peut le mener à interpréter erronément des signes de sa maladie chronique comme des symptômes passagers d'une affection curable. Une fois ces opinions et attentes conçues, elles guideront les comportements même si l'information reçue du médecin apporte des définitions sémantiquement différentes du problème de santé et de son traitement.

Les symptômes peuvent aussi être interprétés par le filtre de la mémoire sémantique, du savoir théorique partagé dans un même groupe socio-culturel, conduisant à des représentations différentes selon les cultures.

Par ailleurs, l'impact de la "cause perçue de la maladie" se concrétise dans une forme particulière de non-compliance : l'erreur de "commission", qui consiste à appliquer un autre traitement (en plus ou au lieu du traitement prescrit), expliqué par le fait que le patient traite une "autre" cause que celle diagnostiquée par le médecin.

LIMITES DE LA THEORIE DES SAR

Pour Leventhal, le modèle SAR contient 3 faiblesses :

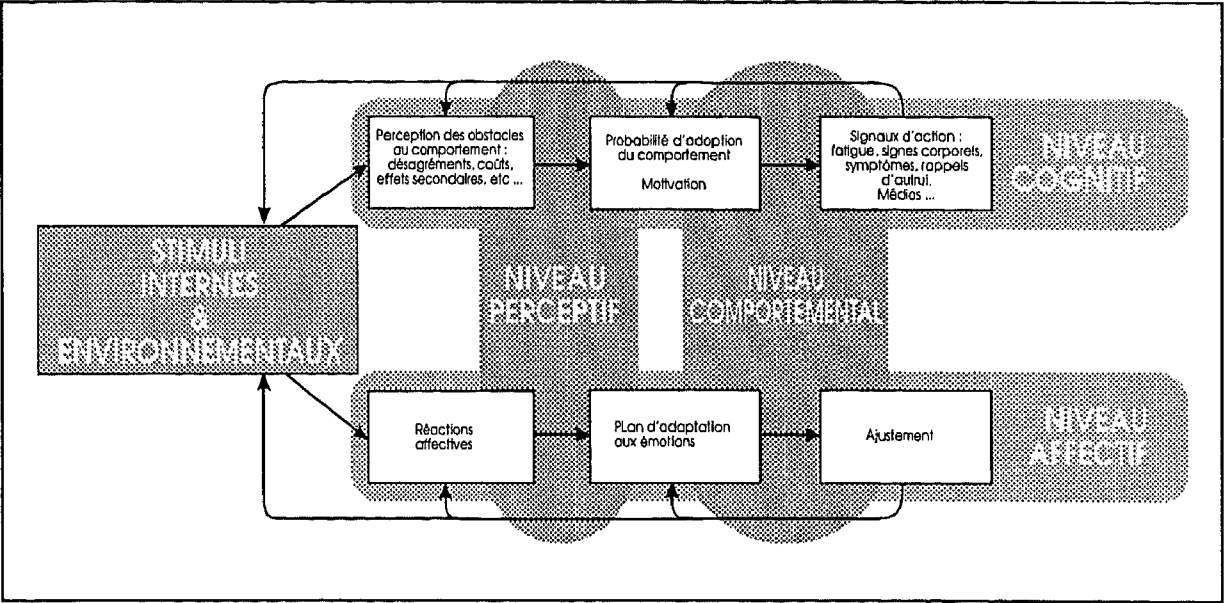
- 1) le faible nombre d'études et de données soutenant le modèle, et donc l'absence d'épreuve suffisante des faits. Il s'en étonne, car les SAR s'appliquant à la compliance sont inspirés des théories psychosociologiques du comportement, conçues par Lewin dans les années 30, de celle de l'apprentissage social, de Rotter (1954 in Leventhal et Cameron 1987), ainsi que de versions ultérieures de la Théorie d'auto-régulation, toutes développées dans d'autres contextes que celui de la compliance ou de la santé, mais que l'on peut considérer comme fondées.
- 2) la deuxième faiblesse du modèle est la rareté de moyens de vérifications de ces modèles, et d'outils standardisés et validés de mesure. En fait cette faiblesse est liée à l'originalité de la théorie qui explore des facteurs rarement pris en compte, ou avec un nouveau regard.
- 3) La troisième lacune concerne la multifactorialité et la synergie des facteurs, qui rendent l'utilisation du SAR difficile. De plus, les interactions entre facteurs obligent les chercheurs à une alternative difficile : soit tenter de travailler sur l'ensemble des facteurs simultanément, soit choisir ceux sur lesquels l'attention sera portée, et celles qui seront considérées comme variables dépendantes ou indépendantes dans leurs recherches.

Pour Leventhal, certaines faiblesses peuvent constituer des atouts : l'absence d'outils de mesure permettrait par exemple d'aborder l'étude du modèle sans orientation ou idée préconçue, le choix d'un outil définissant un point de vue sur le problème.

Cette théorie rejoint de près les préoccupations principales, tant conceptuelles (quelle compliance ?) que théoriques (intégration des facteurs et ouverture aux aspects "oubliés" (affectif)) que méthodologiques (quelle orientation d'observation? choix entre le recul "superficiel" et la "focalisation" réductrice), et comme tel, il repose plusieurs des questions à l'origine de la présente recherche et y apporte des pistes de solution, par exemple sur la place aux processus propres du patient, sur la nécessité d'explorer la compliance dans son ensemble, au risque de limiter l'approfondissement des facteurs qui l'influencent ou encore sur la place à donner aux représentations sociales des patients et des soignants dans les modèles de la compliance (pour rappel, la littérature anglo-saxonne semble ne pas reconnaître le concept de représentation sociale, et lui préférer celui de perception (individuelle)).

FIG. II.4.19 : La théorie d'auto-régulation des comportements de maladie

Leventhal et al 1984



7.E MODELE INTEGRATIF DES SYSTEMES AUTO-REGULES (SARI)

DESCRIPTION ET ORIGINES

Après leur première proposition de la théorie des SAR, Leventhal et Cameron se sont orientés vers une intégration de modèles et de théories (pour eux, intégration d'autres modèles au SAR), justifiée par le constat d'incapacité des modèles "originaux" de prendre en compte tous les facteurs connus d'influence de la compliance.

Ils ont intégré le HBM original, mais curieusement pas celui développé par Becker (1974b) pour la compliance, et le "Operant behavioral model" (modèle comportemental opérant - MCD).

Les facteurs de "perception de menace", gravité et vulnérabilité perçues, du HBM, sont ici considérés comme les aspects sémantiques de la représentation de la menace pour la santé, souvent déterminant des décisions de compliance. Les symptômes et stimuli environnementaux correspondent aux déclencheurs habituels (ou automatiques) du MCD.

Pour Leventhal et al, l'avantage de cette intégration aux SAR est de permettre à ces facteurs d'être associés aux composantes mémorielles épisodiques de la représentation, ouvrant ainsi la porte à une possibilité d'explication du phénomène de cohérence (ou non) entre la mémoire épisodique perceptuelle et les cognitions fondées sur la mémoire sémantique.

En effet, alors que le HBM considère les symptômes perçus comme un déclencheur (cue), le SARI les situe à un niveau plus fondamental. De même, les concepts de représentation de la maladie n'existent pas dans le MCD, mais bien dans le SAR, qui les considère comme le résultat de processus personnels (épisodique) et sociaux (sémantique et culturel). Par contre, la possibilité que présente le MCD d'agir sur la compliance par l'acquisition de comportements d'adaptation (coping behavior) permet au SARI de clarifier le lien existant entre les habiletés (skills) et la représentation (épisodique et sémantique) de la menace pour la santé.

Enfin, dans le SARI, la phase d'évaluation-ajustement (Appraisal) inclut des critères qui correspondent aux coûts-bénéfices perçus du HBM.

Pour Leventhal et al, d'autres pistes d'intégration existent, concernant par exemple le concept d'auto-efficacité perçue (Bandura 1977 et autres théories d'apprentissage social). Ce concept est serait lié à l'évaluation-ajustement des habiletés nécessaires (savoir-faire) à l'adaptation à la maladie; l'intégration au SARI du concept d'auto-efficacité ouvre les éval-ajust. de l'efficacité de l'adaptation décidée, à des éval-ajust. de maîtrise de certains aspects de la Représentation (maladie curable ou non), et même à des éval-ajust. de l'efficacité d'autres stratégies d'adaptation (telle que le système de santé par exemple) possibles.

Sur le même schéma, le concept de norme subjective (concernant le caractère désirable ou favorable d'un comportement de santé), de Fishbein et Ajzen (1975), pourrait être ajouté au SARI, par exemple en tant qu'aspects sémantiques de la représentation de la maladie (p. ex. : normes sur les causes, symptômes et conséquences du cancer du poumon), du plan d'action (p. ex. : moyen d'arrêter de fumer), et des critères d'éval-ajust. (attentes par rapport aux effets sensibles de l'action). Ceci offre l'avantage de préciser la nature et l'objet des normes sociales subjectives.

APPORTS DE LA THEORIE DES SARI

La théorie des SARI lie l'expérience (vécu) de la maladie aux processus d'élaboration impliqués dans les mémoires épisodique et sémantique. Elle permet ainsi de déterminer la manière dont la représentation de la maladie reflète les caractéristiques de celle-ci et les nouvelles expériences que le patient a de son affection dans son évolution (chronologique).

En outre, les changements de plans d'adaptation, au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, peuvent refléter les changements de la menace pour la santé, en fonction de l'évolution de la maladie. Une meilleure intégration, sinon un parallélisme, entre les processus biologiques de la maladie et les processus affectifs et comportementaux peut ainsi être obtenue.

Un deuxième avantage du SARI est, selon Leventhal et al, sa conception comme un système interactif de cognitions, d'émotions et de comportements plus explicatif de la compliance qu'un facteur isolé ou même qu'une catégorie ou un groupe de facteurs. Les effets de facteurs socio-environnementaux sur les trois processus-facteurs pré-cités peuvent aussi être isolés ou pris en compte. Un exemple de cette influence apparaît dans la structure du système de soins par rapport aux maladies chroniques. Wooley et al (1978) montrent que le système de soins étant conçu pour le diagnostic et le traitement de pathologies aiguës, sa structure même, de l'organisation des consultations à l'orientation, l'"accompagnement" et le départ des patients, renforce les attentes des patients que la maladie sera aiguë et asymptomatique, quand bien même elle est chronique et que les soignants l'expliquent. Cette contradiction entre la structure et le comportement des professionnels serait pour beaucoup dans les difficultés d'adaptation des patients. Cette inadaptation a été aussi relevée par Gagnayre, qui y voit une difficulté majeure de formation des soignants à l'Education du Patient: "une des causes de ce hiatus est la difficulté du soignant à modifier sa conception de la santé. Si sa démarche personnelle est réalisée, elle se heurte à la résistance des collègues et plus généralement de l'institution, dont l'organisation est complètement inadaptée à ce type de pratique" (Gagnayre 1991).

Le troisième avantage du SARI est la prise en compte de l'aspect chronologique d'ensemble du processus d'adaptation et de compliance : en effet, même si le modèle s'applique de manière transversale, étudiant les processus synchroniques (mais avec une attention aux phénomènes chronologiques ayant conduit à la situation actuelle), il invite à se préoccuper des changements vécus par le patient, dans sa représentation de son état, dans ses stratégies d'adaptation et dans ses choix de critères d'éval-ajust.

Un dernier point fort du SARI concerne sa capacité à ne pas isoler le vécu de la maladie du reste de la vie de l'individu. En effet, l'image de soi influence, et est influencée par les représentations, adaptations et ajustements vis-à-vis de la maladie. Bien que ces interactions n'aient pas encore été étudiées, le modèle rend leur prise en compte possible. Cette ouverture rejoint les préoccupations de Kaufmann (et l'orientation donnée par Assal et Lacroix à leur projet unique de formation de soignants-éducateurs de diabétiques, à l'Hôpital cantonal de Genève) qui travaille cette "dynamique" du processus d'adaptation du patient à la maladie, à partir d'une lecture personnelle originale des stades d'acceptation décrits (de la mort) par Kuebler-Ross, en 1969: choc, déni, révolte, marchandage, dépression et acceptation (Kaufmann 1991). Bury leur préfère le classement de Schneider (in Bury 1988) en quatre étapes de "réaction": anxiété, agressivité, dépression, acceptation. Dans les deux cas, l'ordre de présentation des "étapes" ne constitue pas un passage obligé et linéaire, un patient pouvant "cercler" entre deux étapes longtemps avant d'en sortir, et parfois y revenir en fonction de l'évolution (on parle de réalité mouvante ici) de la maladie et de ses signes.

Malgré ses innovations et ouvertures qui en font un modèle dynamique non rigide intéressant, le SARI souffre de la plupart des limites reconnues au SAR. La plus importante étant l'absence d'expérimentation et donc d'outils d'utilisation et d'opérationnalisation.