

Article original/Original article

ASCID : le noyau central de douze facteurs expliquant la conduite en éducation thérapeutique du patient

Dieudonné Leclercq^{*}

Service de Technologie de l'Éducation, Université de Liège, Belgique

(Reçu le 5 janvier 2010, accepté le 3 mai 2010)

Résumé – Introduction : Il importe que l'intervenant en ETP ait une vue claire de la nature des (nombreux) facteurs qui influencent chez une personne la prise de conscience, puis la décision, puis la conduite durable et son efficacité. Dans ce but, est proposé un modèle que nous avons développé pendant plusieurs années au CERES de l'université de Liège et au Laboratoire de pédagogie de la santé (LPS) de l'Université Paris 13, et appelé « Facteurs de production et de maintien de la conduite ». Si l'on désigne ces facteurs par leurs premières lettres, on trouve, au cœur du modèle, l'acronyme ASCID (Attitudes, Savoir-Faire, Connaissance, Image de soi, Décision). **Objectifs :** Ce modèle, conçu pour l'éducation pour la santé et l'environnement en général, n'est donc pas limité à l'ETP, mais il s'y adapte particulièrement bien. L'intérêt et la fécondité de ce modèle ont été mis à l'épreuve pendant plus de 25 ans avec des cohortes d'étudiants et de professionnels impliqués dans l'ETP, pour analyser des situations, des cas, et imaginer les actions possibles de l'éducateur. **Description :** Les méthodes de diagnostic et d'interventions en ETP viennent se superposer au modèle du fonctionnement du patient. Pour rendre la description du modèle plus digeste pour le lecteur, nous partons d'un cas familial (le SIDA) et nous recourons tout au long de cet article à des cas illustrant les concepts.

Mots clés : facteurs psychologique / conduite du patient / attitudes / savoir-faire / cognition / image de soi / décision

Abstract – ASCID: the core of 12 factors that explain behavior in patient education. Introduction: Professionals involved in Patient Education need to have a good understanding of the (numerous) factors that affect, in a person, her becoming aware, then her decision, then her putting it into practice in a lasting and efficient way. For this purpose, we propose a model we have developed during several years in CERES (University of Liège) as well as in Health education laboratory (University Paris 13), named "Factors of production and perseverance in actions". If these factors are designated by the first letters of their names, at the heart of the model stands the acronym ASCID (Attitudes, Skills, Cognition, Identity, Decision). **Objectives:** This model, conceived for health and environment education is not limited to therapeutic patient education, but it fits it very well. The interest and the fecundity of this model have been put to test during more than 25 years with cohorts of students and professionals involved in TPE to analyze situations, cases, and to conceive relevant course of action for the educator and the patient. **Description:** Methods of diagnostic and of action in TPE superimposed themselves to the model of patient functioning. To help readers assimilate this complex model, we start with a familiar case (AIDS) and we will use frequently cases to illustrate theoretical concepts.

Key words: psychological factors / patient behavior / attitudes / skills / cognition / self-image / decision

Abbreviations: ASCID : Attitudes, Savoir-faire, Connaissance, Image de soi, Décision, CERES : Centre d'Enseignement et de Recherche en Environnement et en Santé, ETP : Education Thérapeutique du Patient, K-A-P : Knowledge - Attitude - Performance, LPS : Laboratoire de Pédagogie de la Santé (Université paris 13), PSA : Antigène Prostatique Spécifique, TPE : Therapeutic Patient Education.

1 Introduction

Il est des situations où les patients prennent eux-mêmes conscience de leur(s) problème(s), par exemple lors de pertes

d'équilibre, ou de difficultés respiratoires, ou d'étourdissements, ou de douleurs. Il en est d'autres où la prise de conscience est consécutive à une communication médicale, par exemple, le taux de PSA dans le sang révélant un cancer de la prostate, ou une radiographie révélant la tuberculose. Dans les deux cas, le patient doit réorganiser l'image qu'il a de

^{*} Correspondance :

Service de Technologie de l'Éducation, Université de Liège, B32, Sart Tilman B4000 Liège, Belgique, D.leclercq@ulg.ac.be

lui-même, de ses possibilités de fonctionner, des risques qu'il court, des décisions qu'il doit prendre.

Il est des interventions où l'action est ponctuelle et où elle est essentiellement prise en charge par les médecins : par exemple, le placement d'une prothèse totale de hanche. Il en est d'autres, et c'est de celles-là que nous traiterons, où c'est le patient qui est l'acteur principal et quotidien des soins qu'il se prodigue.

Dans le diagnostic et dans l'action, même les patients les plus autonomes peuvent bénéficier du soutien de l'ETP, par des interventions appropriées. Ces interventions se distinguent de la manipulation, si l'éducateur ne craint pas la transparence, s'il fait droit à ce que d'Ivernois et Gagnayre ([1], p. 26) appellent les « *nouvelles revendications des citoyens... [notamment la] libre détermination de l'individu vis-à-vis de son corps, de sa vie et de sa mort* ».

Partons d'un cas, qui pose un problème biologique (facteur B) célèbre hélas : le SIDA. Au début de l'épidémie (fin des années 1970, tout début des années 1980), le SIDA est détecté chez des patients homosexuels de New York et San Francisco. À partir de là, de nombreuses personnes vont se faire de cette épidémie une représentation incorrecte, à savoir « ne touchant que les personnes homosexuelles mâles ». Cette erreur de conception relève du domaine cognitif (facteur C), et il faudra déployer beaucoup d'efforts d'information pour corriger cette idée fausse et en faire adopter une autre, concernant la prévention : l'efficacité du préservatif. La théorie classique K-A-P (*Knowledge – Attitude – Practice*) prédit qu'une personne qui sait ce qu'il faut faire, veut le faire et dès lors le fait. Or on fut bien forcé de constater que de très nombreuses personnes qui savaient ne passaient pas à l'acte !

Ce constat est courant en éducation, et en ETP en particulier. Il est encapsulé de façon résumée dans l'aphorisme de Konrad Lorenz, cité par J.-P. Assal [2] :

Said but not heard, (dit mais pas entendu)

Heard but not understood, (entendu mais pas compris)

Understood but not accepted, (compris mais pas accepté)

Accepted but not put into practice, (accepté mais pas mis en pratique)

Put into practice, but for how long ? (mais pour combien de temps ?).

Si le « *understood* » relève du Cognitif, le « *not accepted* », lui, relève de l'Affectif (ex. : « la mise du préservatif rompt le charme »), du Relationnel (ex. : « mettre un préservatif c'est laisser supposer qu'un des deux peut être porteur du virus » ; « on se fait confiance ou non ») ou encore de l'Image de soi (ex. : « cela n'arrive qu'aux autres »).

Surmonter ces divers obstacles (C, A, R et I) n'est pas suffisant. Encore faut-il que le préservatif soit bien utilisé, avec les bons savoir-faire (facteur S) : bien le placer (et à temps) ; bien l'enlever, etc. Tout cela sera sans effet si, en temps utile, on n'a pas pris la décision (facteur D) de se procurer des préservatifs. Or pour un certain nombre de personnes, l'accès même aux préservatifs est problématique pour des raisons matérielles (facteur M) d'approvisionnement, de finances, voire de qualité. À cela s'ajoutent les normes (facteur N), représentées par

les lois sur l'âge où l'on peut acheter des préservatifs, ou par les discours d'autorités morales ou religieuses. Encore faut-il qu'une fois toutes les barrières tombées, la conduite devienne une habitude (facteur H) comme le rappelle l'expression « pour combien de temps ? ».

On voit que l'éducation (ici préventive) doit se battre sur bien plus de terrains que le prévoyait le modèle K-A-P. La communication relative à l'adoption de conduites relève en effet tantôt de la transmission (Matérielle) de messages, tantôt de leur compréhension (Cognitive), tantôt de l'adhésion (Affective) à leur contenu, tantôt de leur mise en œuvre (Décision), tantôt de leur maintien (Volonté). On constate que ni le modèle K-A-P ni l'aphorisme de Lorenz ne font un tour aussi complet des problèmes que le schéma que nous proposons et qui est comporte 12 facteurs : BRH-ASCID-VEMN (voir section 3 ci-après). Nous pensons que si un facteur ne figure pas dans la liste, on a tendance à l'oublier. On peut en ajouter. Ainsi, le plus récent dans cette liste, et qui n'a pas encore été évoqué dans cet article, mais qui, dans les années qui viennent, sera de plus en plus pris en compte : l'empreinte écologique sur la planète (facteur E) de certaines actions.

Enfin, un problème de santé ne « démarre » pas forcément par ses aspects biologiques (B). Ainsi, l'alcoolisme ne commence souvent à poser problème qu'à partir d'incidents (comportement inadapté en public) ou d'accidents (conduite en état d'ébriété) relevant du relationnel (R) ou de normes (N). Il en va de même pour le tabac, vrai problème biologique (B), qui peut n'être perçu comme problème que pour des raisons relationnelles (R) elles aussi : le conjoint, les collègues ne supportent plus d'être des fumeurs passifs. Par ailleurs, il arrive souvent que les aspects les plus graves d'une maladie ne soient pas perçus dans l'immédiat (ex : les complications à moyen terme des hyperglycémies) et qu'il faille aider le patient à anticiper le problème biologique (B) et ses conséquences.

2 Les postulats du modèle

2.1 La dévolution de la décision

L'éducateur ne peut que tenter de convaincre le patient d'agir : c'est à ce dernier qu'est dévolue la prise de décision d'agir ou non, et ce sur la base de sa réappropriation personnelle du problème (pas forcément à l'identique de la vision de l'éducateur).

2.2 La part de l'inconscient

Les facteurs qui pèsent sur une décision peuvent être inconscients, soit pour le patient, soit pour l'éducateur, soit pour les deux. L'écoute du patient, vertu cardinale pour l'éducateur, pourra parfois permettre de faire affleurer à la surface des représentations, des affects, des événements marquants qui avaient jusqu'alors été refoulés.

2.3 Le délai entre le déclencheur et ses conséquences (l'effet retard en éducation)

Une intervention éducative ne produit pas forcément ses effets immédiatement. Il peut arriver qu'une déstabilisation (un *déséquilibre* dirait Piaget) d'une représentation mentale se produise immédiatement, mais que la restructuration (*majorante* dirait Piaget) prenne du temps. Il arrive aussi que l'intervention ne produise aucun déséquilibre dans l'immédiat, et qu'elle n'en produise que parce qu'elle est, plus tard, combinée avec une pensée, une situation, un événement particuliers qui contribuent à l'atteinte d'un seuil de déclenchement.

2.4 Quantitatif et qualitatif peuvent être proches

Un certain nombre d'éducateurs redécouvrent spontanément des parties de la théorie des décisions sans la nommer ainsi. Ce n'est pas parce que les humains ne pratiquent guère la théorie des décisions dans leur vie de tous les jours qu'ils ne devraient pas, dans des cas particuliers où les enjeux sont importants, s'en inspirer, du moins dans les principes. Comme, par exemple, considérer plusieurs conduites possibles, alors que, par manque d'imagination ou pour d'autres raisons, on reste « fixé » sur une seule. Ou considérer les effets positifs ET les effets négatifs de chaque conduite alternative, alors que fréquemment, on ne voit que les avantages de l'une et les inconvénients de l'autre. Ou encore réfléchir à l'intérêt que l'on porte à chacun de ces effets, ainsi que les chances qu'ils surviennent. L'essentiel de la théorie des décisions vient d'être exposé, mais pas en termes mathématiques comme les théories les plus pointues actuelles. C'est donc l'esprit, les concepts de la théorie des décisions qu'il est recommandé de garder à l'esprit et non sa seule mécanique quantitative, bien utile par contre quand on dépasse le niveau des individus pour celui des populations.

2.5 Une obligation de moyens, pas de résultat

Comme un médecin, l'éducateur se doit d'essayer, sans garantie (mais aussi sans responsabilité) de succès.

2.6 Juger le modèle à sa fécondité plus qu'à sa « vérité »

Le modèle proposé ne vise pas à exprimer une vérité, mais à augmenter l'efficacité des personnes impliquées dans l'ETP. Les 12 facteurs sont des tiroirs d'une armoire conceptuelle dont on verra l'architecture d'ensemble ci-après. Il n'y a pas d'ordre entre ces facteurs. Leurs noms (et donc leurs initiales, conçues pour fonctionner aussi bien en français et en anglais) pourraient être changés. Il arrive que l'on ait des difficultés à choisir dans quel tiroir ranger certaines situations. L'important est le support à la conceptualisation, et en conséquence

à la communication, entre experts d'abord, avec les patients ensuite.

3 Objectifs : décrire un processus de changement évolutif en 3 phases

En ETP, trois phases se répètent, mais à des rythmes et avec des durées variables selon les situations. La phase centrale, charnière, est la phase de Décision, conformément au modèle proposé par Prochaska et Di Clemente [3, 4] dans leur modèle des « stades du changement ».

Nous avons donc appelé ces phases du modèle les phases PRE, PER et POST décisionnelles, et ce, en boucle : la phase post-décisionnelle d'un état t étant la phase pré-décisionnelle d'un état $t + 1$. En voici une première ébauche (les termes en italiques sont de Prochaska et Di Clemente).

La phase de PRE-décision, comporte un stade de *précontemplation*, où l'individu n'est soit ni conscient (« Je tousse la nuit, moi ? ») ni motivé (« Je fume, et alors ? »), puis un deuxième stade, de *contemplation*, que l'on pourrait aussi appeler stade d'inconfort, de questionnement, de remise en question, mais souvent aussi d'atermoiements (avancées et reculs, tergiversations) et de procrastination (remettre la décision à plus tard).

La phase PER-décision est celle où l'on pèse les actes et conduites possibles et leurs conséquences, à leur positivité et leur négativité ainsi qu'à leur probabilité. Par exemple, le patient se dit : « Je devrais m'arrêter de fumer, ce qui aurait des chances de diminuer mon risque de cancer de la bouche ou des poumons. » Le risque de cancer évoque un événement (une conséquence) futur répulsif, que l'on veut éviter. L'expression « aurait des chances de » évoque la probabilité de l'événement. Il est difficile d'établir la frontière entre la phase PRE et la phase PER, qui commence quand plusieurs actions précises sont prises en considération, et comparées entre elles en termes d'attractivité (ou de répulsivité) et de probabilité. On pourra parler d'accélération décisionnelle (par exemple par le conjoint qui force à ce qu'une décision soit prise) ou de précipitation décisionnelle (avant que les informations nécessaires soient disponibles) ou d'imprévoyance décisionnelle (ne pas prendre les décisions à temps) ou d'erreur décisionnelle (prendre les mauvaises décisions).

La phase de POST décision concerne le maintien de l'action, son efficacité et son efficience. Le maintien consiste à éviter la rechute (recommencer à fumer) ou l'accident (coma hypoglycémique) ou les conséquences (sur la vie sociale par exemple parce que l'on ne consomme plus comme le groupe) ou les regrets (« j'aurais dû... »). L'efficacité concerne l'impact de l'action sur les divers facteurs de départ (l'état Biologique, le bien-être Affectif, les Relations sociales, notamment familiales, etc.). L'efficience rapporte l'impact aux coûts en temps (du patient, des soignants, de la famille, etc.), en argent (du patient, de la société), en efforts (souffrances, renoncements, etc.).

4 Les facteurs (ou états d'un patient) en termes BRH-ASCID-VMN

Parler de changement (ou d'évolution) chez le patient, c'est évoquer le passage (abrupt ou progressif) d'un état à un moment t à un état à un moment $t + 1$, état caractérisé par 12 facteurs (BRH-ASCID-VMN) qui sont tantôt causes et tantôt conséquences des actions. Parmi tous ces facteurs, le I (Image de soi ou perception subjective) a une portée différente des autres : il s'agit de la lecture (subjective) que le patient peut avoir de chacun des autres facteurs. Il se trouve aux trois endroits : PRE, PER et POST.

Voici les 12 facteurs, dans l'ordre mnémotechnique de l'acronyme :

B = Biologique. C'est le volet « physique » de l'état de santé objectif de la personne, du patient concerné (mesures biomédicales). Leur estimation subjective (I) par le patient peut différer de la mesure objective.

R = Relationnel. Ce volet social concerne les relations du patient (ex : le degré de dépendance) avec son entourage humain, tout proche (la famille) ou plus distal (les soignants, les collègues et la hiérarchie professionnelle, les pouvoirs publics, etc.). Il est mesuré par observation directe ou par interview ou questionnaire du patient lui-même ou de son entourage.

H = Habitudes. Ce sont les routines comportementales ou conduites habituelles, répétées, majoritaires en fréquence dans la vie du patient. L'Image (I) que le patient en a peut être correcte (« Une fois par semaine, je me rends à la piscine ») ou incorrecte (« Je grignote très peu entre les repas »). Les mesures objectives se font en termes de fréquence, de durée, d'intensité, etc.

A = Affectif. Il s'agit du vécu émotionnel, des attitudes, attractions ou répulsions pour des objets, des événements, des situations, des actes, etc. L'Image que le patient a de sa propre affectivité est normative (par rapport aux autres) (ex : « J'en souffre plus que les autres ») ou absolue (ex : « cette souffrance est supportable/insupportable »).

S = Savoir-faire Sensori-moteurs. Parmi les habiletés sensorielles, nous rangeons les capacités à détecter et distinguer des stimuli par l'ouïe, par la vue, par l'odorat, par le goût, par le toucher, par la douleur, etc. L'image de soi (I) quant à ces capacités se révèle au réalisme ou au non-réalisme : « J'entends aussi bien que tout le monde ces signaux », ou « Si mes pieds avaient des blessures, je le sentirais, je m'en apercevrais ». Parmi les habiletés motrices, nous rangeons la capacité d'adopter (de façon régulière) des postures, de se mouvoir, de manipuler, de contrôler son corps en général. Le réalisme dans l'image de soi (I) sur ce point se manifeste par des auto-estimations telles que « je marche bien » ou « je prends correctement l'épaisseur de mon pli cutané » ou « je fais mal mes injections ».

C = Cognition. Ce facteur concerne la maîtrise de savoirs, à tous les niveaux (de processus mentaux) de la taxonomie de Bloom et al. [5] : la capacité non seulement de reconnaître ou

de se rappeler des faits, des termes, des principes, mais aussi de comprendre les concepts, d'appliquer les principes, d'analyser les situations. Les savoirs, ou connaissances, naissent de représentations personnelles « construites », selon la théorie de Piaget [6], par chacun d'entre nous à partir de nos expériences d'interaction avec le monde. Ces représentations peuvent porter sur des entités réelles ou inexistantes, conjecturées (« moi, avec 20 kg de moins »). Quand elles portent sur des situations existantes, elles peuvent correspondre ou non (idées fausses) à la réalité officielle (ex : « le cholestérol mesuré par le médecin »). Certaines méconnaissances peuvent être dangereuses si le patient en est certain au point de se baser dessus pour agir [7].

I = Image de soi ou Image identitaire ou auto-cognition (en anglais *Self Image*, ou $I = je$). Ce facteur regroupe des représentations et des jugements globaux comme l'estime de soi (ce que je vaudrais) et des représentations et jugements beaucoup plus nombreux parce que plus détaillés (voir ci-dessus et ci-dessous). Dans le domaine cognitif, l'auto-évaluation correspond à la métacognition dont Leclercq et Poumay [8] proposent la définition suivante : « *La métacognition se compose de trois opérations : le JUGEMENT¹, l'ANALYSE², et la REGULATION³, portant sur deux types d'objets (les Processus ou les Productions), à trois moments possibles (PRE, PER, POST) par rapport à deux types de situations (apprentissage ou action-évaluation).* »

La métacognition se produit quasi en permanence, mais de façon intime, enfouie, automatique, peu apparente pour le patient lui-même. C'est un défi méthodologique de la rendre observable.

D = Décision. Il s'agit pour le patient de prendre en compte les actions ou conduites possibles et d'en faire une évaluation comparative sur la base de l'intérêt et de la probabilité de leurs conséquences. Il importe de bien comprendre ces principes centraux. C'est pourquoi la théorie moderne des décisions ainsi que son évolution historique sont décrites dans cet article. L'Image subjective (I) de la Décision peut prendre la forme de jugements tels que « J'ai pris de bonnes – ou de mauvaises – décisions » (POST) ou « Je déteste prendre des décisions mais je dois en prendre une » (PRE) ou « Cette décision est difficile à prendre » (PER).

V = Volition. Ce facteur est post-décisionnel et concerne surtout le maintien de la décision, par exemple en la protégeant des « attaques » qui pourraient la remettre en cause. La Volition contribue à ce qu'une Décision se transforme en Habitude.

E = Empreinte sur l'Environnement, ou empreinte écologique de la personne (et de ses actes) en termes de consommation des ressources planétaires, ou de coût directs ou indirects des conduites ou des soins (ex : émission de CO₂ lors de la production, du conditionnement, du transport), de ce qui est consommé directement par la personne elle-même ou indirectement par le système de soins qu'elle mobilise.

¹ de ce que je sais de ce point de matière (par exemple ma certitude dans ma réponse).

² des causes (de mon erreur par exemple).

³ de la façon dont je vais désormais agir, me préparer, réagir, etc.

M = Matériel. Ce facteur regroupe aussi bien les facilitateurs que les contraintes d'ordre matériel (la disponibilité d'instruments, de médicaments, de centres de santé, d'experts, de soignants, de finances personnelles de la famille ou de la communauté), etc. L'image (I), que la personne en a, prend la forme d'estimations (« j'aurai/je n'aurai pas assez de ressources financières pour... » ou « je ne dispose pas du matériel ou de l'infrastructure ou de soignants pour... » ou « ma distance à l'hôpital implique que... »). Ces perceptions peuvent s'avérer plus ou moins correctes ou fausses.

N = Normes. Nous classons ici les normes sociales, depuis les plus instituées ou juridiques (la loi) jusqu'aux plus informelles (la tradition, les attentes du groupe, etc.), ainsi que la tendance personnelle à s'y conformer. Triandis [9], expliqué par Valois *et al.* [10], introduit en effet, comme facteur explicatif, ce qu'il appelle une « composante Normative », qu'il décompose en :

- (a) La Norme Sociale (NS) ou croyance normative : « *La perception qu'a un individu de l'à-propos d'un comportement donné chez les personnes qui occupent une position similaire à la sienne dans la structure sociale.* » (Godin [11]).
- (b) La Norme Personnelle (NP) ou Croyance morale personnelle qui « *ne dépend pas des opinions des autres. Ainsi les gens peuvent avoir des croyances personnelles (principes personnels) quant à l'obligation morale de donner leurs organes en cas de décès, de donner du sang lors des collectes organisées par la Croix-Rouge, de ne pas fumer en présence des autres, etc.* » ([11] Godin, p. 83).

L'image personnelle (I) des normes peut prendre des formes telles que « je pense que les membres de ma famille (ou mes collègues) attendent de moi que je... » ou « bien que cela soit illégal, je... » ou « ma morale personnelle, mon éthique, dans ce cas, est de... ».

Passer d'un état t à un état $t + 1$ se caractérise par des modifications, voulues ou non de l'un ou plusieurs de ces facteurs, et tout spécialement H (les Habitudes). En ETP, ce passage résulte de conduites du patient et ces conduites elles-mêmes sont affectées par ces facteurs, comme le montre le schéma ci-après. Avant la phase de Décision (PRE), les facteurs pèsent sur la motivation à décider. Dans la phase de Décision (PER), ils pèsent sur le type d'action choisie. Dans la phase qui suit la décision (POST), ils pèsent sur les ressentis, sur le maintien de la décision et sur son efficacité.

L'ETP (non présente dans le schéma ci-après) consiste à tenter d'influencer l'un ou l'autre facteur, donc la décision, donc la conduite. Une absence de changement dans la conduite ne signifie pas forcément une absence d'apprentissage, mais sans doute la non atteinte d'un seuil (variable selon les individus) de déclenchement de la conduite. De même que dans le domaine de l'apprentissage Carroll [12] définit l'aptitude comme le temps nécessaire à apprendre (une grande aptitude pour un apprentissage étant caractérisée par la rapidité de celui-ci), on peut concevoir que les patients ont des aptitudes au changement ou des flexibilités différentes les uns des autres.

5 Les phases et les facteurs réunis dans un schéma

Le schéma ci-après représente deux « arrêts sur images » (États t et $t + 1$, phase PRE et phase POST) et d'une séquence « vidéo » qui mène de l'un à l'autre. Ce processus dynamique est en fait continu. Ce schéma veut signifier que tous les facteurs de BRH-ASCID-DEM sont présents dans chacun des deux états (t et $t + 1$), sauf la Décision et la Volition (D et V) qui sont entre les deux. Ces deux facteurs opèrent en phase PER pour décider de l'action à mener (à préférer aux autres) et la déclencher, puis la maintenir et/ou en atténuer les effets secondaires négatifs.

Le facteur H (Habitudes) est arbitrairement représenté par un carré (ou un rectangle), comme le sont les actions envisagées (en pointillés) ou engagées (en traits pleins). Le facteur A (Affectivité – Attitudes) est symbolisé par une forme triangulaire pour rappeler la pyramide de Maslow [13] qui présente une structure hiérarchique des besoins (en gros les différents types de contenus de l'Affectivité). Le facteur S (Sensori-Moteur) est symbolisé par un cercle, pour représenter l'enchaînement des séquences sensori-motrices qui (se déroulent). Le facteur C (Cognition) est symbolisé par deux ensembles elliptiques en large intersection pour évoquer d'une part les croyances (souvent spontanées, construites individuellement) et d'autre part les connaissances (officielles, enseignées), les deux pouvant différer sur certains points et être identiques (dans l'intersection) sur d'autres. Au facteur D (Décision) nous avons donné la forme d'un losange habituellement réservée à la décision, dans les ordinogrammes informatiques. La forme du facteur V rappelle la première lettre du mot Volition. Au facteur I (Image Identitaire – Image de soi) nous avons donné la forme aux deux courbes concaves pour symboliser le miroir (ou la lentille) déformante, illustrée aussi dans le « vase de Rubin » qui a lui aussi la forme d'un I majuscule. Ce facteur est omniprésent (dans les trois phases) et est comme l'ombre de chacun des autres objets, ou plutôt son image déformée par la subjectivité du patient. Entre les facteurs A, S et C et les actions envisagées, les petits nuages symbolisent trois déterminants de la motivation à choisir une action plutôt qu'une autre. Il s'agit d'une variante de la théorie des décisions exposée ci-après. Cette variante est la copie, pour l'ETP, du modèle de la dynamique motivationnelle de Rolland Viau [14] dans le choix puis l'engagement (en intensité, en durée) dans une activité scolaire. Ces trois sous-facteurs sont des perceptions (subjectives donc) relatives à chacune des activités (actions) envisagées : (1) La perception de la valeur de cette activité (ex : Cette action me donnera-t-elle des chances de guérir ? Aura-t-elle des effets secondaires indésirables ?) ; (2) La perception de sa compétence à mener à bien cette activité ou, selon Bandura [15], *Self efficacy* (ex : en serai-je capable ? pendant suffisamment de temps ? sans aide ?) ; (3) La perception de contrôle (ex : le résultat dépend-il uniquement de mes efforts ou sont-ce plutôt des forces extérieures, que je ne contrôle pas, y compris le hasard, qui vont peser sur le résultat ?).

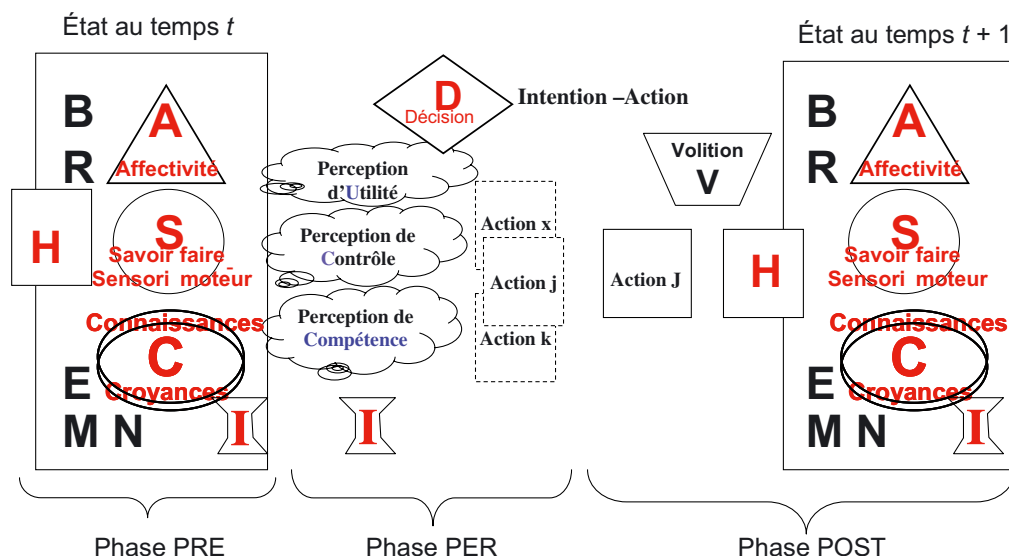


Figure 1. BRH-ASCID-VEMN Facteurs d'adoption et de maintien de conduite efficace. Le modèle en 12 facteurs de production de la conduite.

6 L'évolution historique de la théorie des décisions

Dans son « *Éthique à Nicomaque* », en 350 ACN, Aristote écrit : « L'homme doit se contenter du meilleur possible ». Dans cette phrase, on trouve déjà les deux composantes de la théorie des décisions : l'attractivité (le meilleur) et la probabilité (possible). Blaise Pascal (1662) exprime sa « Règle des partis » qui explique que le meilleur choix à faire est celui qui maximise le résultat de la formule « Valeur (monétaire) * Probabilité », donc la valeur probabilisée, aussi appelée « Valeur attendue ». Daniel Bernoulli (1753) propose de considérer que le meilleur choix est celui dont l'espérance mathématique est la plus élevée, cette espérance étant calculée par la formule « Utilités * Probabilités ». Cette formule semble identique à celle de Pascal ; or la différence fondamentale est que la Valeur de la formule de Pascal (la Valeur = la grandeur monétaire convenue par tous sur le marché) est remplacée par l'Utilité, qui signifie « attractivité personnelle », ou « valeur subjective ». Pour les économistes, l'expression « utilité subjective » est un pléonasme : l'utilité est par définition subjective et diffère, pour un même bien, selon les personnes. Ainsi, certains objets dont la valeur marchande est faible nous sont personnellement très précieux. Le mot « valeur » a donc en économie une autre signification qu'en philosophie : « Valeur : ce qui vaut la peine, qui mérite qu'on lui sacrifie quelque chose » Reboul ([16] p. 197). C'est au ^{xx}e siècle que Von Neuman et Morgenstern [17], adoptés par des très nombreux auteurs tels que Luce et Raiffa [18] ou de Finetti [19], ont apporté la plus récente modification à la théorie : les probabilités elles-mêmes doivent être considérées comme subjectives. Au lieu des probabilités objectives (ou officielles) calculées par des modèles (tel que la probabilité d'un lancer de pile et face ou du nombre 5 lors d'un lancer de dé parfait), ce sont des probabilités subjectives (personnelles) que les sujets prennent en compte au

moment de décider. Il s'agit dès lors de maximiser l'« utilité subjectivement attendue » ou l'« utilité subjectivement probabilisée ».

7 Les décisions humaines sont-elles prises en appliquant la théorie ?

Dans la très grande majorité de leurs décisions quotidiennes et même pour des décisions importantes (se marier, avoir des enfants, se faire opérer, etc.), les humains ne pratiquent pas la théorie des décisions. Celle-ci consisterait à énumérer toutes les actions possibles, puis pour chacune à envisager toutes leurs conséquences positives et négatives, puis pour chacune de ces conséquences, juger de son utilité et de sa probabilité, et ensuite faire toutes les multiplications et additions, et finalement choisir l'action dont la somme des utilités probabilisées des conséquences est la plus élevée. Croire que c'est ainsi que les humains prennent leurs décisions serait commettre ce que Damasio [20] appelle « *L'erreur de Descartes* », le titre de son livre, le sous-titre étant « *La raison des émotions* ».

Damasio ridiculise⁴ (1995, p. 223) ceux qui imagineraient que l'on prend les décisions selon la théorie. Il plaide pour

⁴ « ... je pense que si vous ne disposez que de cette stratégie... il vous faudra un temps extrêmement long pour arriver à prendre une décision. ... parce que vous allez vous perdre dans les méandres de vos calculs. Pourquoi ? Parce qu'il ne sera pas facile de maintenir en mémoire les nombreux bilans de gains et pertes que vous aurez besoin de consulter pour établir vos comparaisons... Il semble que Darwin ait suggéré de procéder ainsi pour choisir au mieux son futur conjoint. Mais alors munissez-vous d'une grande quantité de papier et d'un taille-crayon, ainsi que d'un grand bureau et ne demandez à personne d'attendre que vous ayez fini. »

une explication apparemment différente. Selon lui, les événements ont laissé en nous des « marqueurs somatiques » : « le monde extérieur est représenté (chez la personne) par le biais des modifications que celui-ci provoque dans le corps proprement dit » (p. 289); « la plupart des interactions avec l'environnement se réalisent en un site donné de l'enveloppe du corps » (p. 291). On ne peut s'empêcher de penser d'une part aux hypothèses (quasi freudiennes) formulées par Alexander [21] quant aux maladies psychosomatiques : le stress a laissé des traces dans l'estomac (au point d'y provoquer des ulcères, l'angoisse a provoqué de l'asthme, etc.) et d'autre part aux réflexes conditionnés pavloviens. Pour Damasio (p. 300) « ... figurent aussi dans la mémoire... une série de programmes d'action, un certain nombre d'événements imaginaires que nous avons l'intention de faire se produire, ou dont nous espérons qu'ils vont se produire. Ces programmes et ces événements imaginaires constituent ce que j'appelle "les souvenirs du futur possible" ». Pour lui, le « Je pense donc je suis » du Discours de la méthode de Descartes (1637) est contraire à sa thèse : « le fait d'exister a précédé celui de penser » (p. 310), et « ... l'impact psychologique des maladies affectant le corps ... n'est généralement pas pris en compte. » (p. 314).

8 Les écarts entre la pratique des décisions et la théorie

Malgré les coups que Damasio porte à la théorie des décisions pour faire reconnaître le rôle des émotions dans la prise de décision, son propos ne nous paraît pas la remettre en cause. Il est évident que les émotions pèsent sur l'établissement des utilités et des probabilités personnelles; la théorie des décisions l'assume elle-même. Il est évident aussi qu'elle n'est appliquée qu'imparfaitement, de façon incomplète, tronquée, erronée... mais ses composantes fondamentales (les attractivités et les probabilités) sont bien les bases sur lesquelles très imparfaitement nous prenons nos décisions et sur lesquelles les intervenants vont tâcher de peser, de modifier les attractivités/répulsivités et les probabilités (subjectives) de certains événements.

Ainsi, un événement particulièrement désagréable serait de recevoir une bombe atomique sur la tête. Alors, pourquoi ne sommes-nous pas dans un abri bétonné suisse ? Parce que la « négativité » de l'événement est compensée par sa probabilité que nous jugeons (peut-être à tort) infime.

Le « peut-être à tort » rappelle que nous ne prenons pas forcément nos décisions quotidiennes en fonction des probabilités les plus officielles, les plus scientifiques (les statistiques de décès établies par l'OMS, les relevés d'accidents faits par la gendarmerie, etc.) soit parce que nous ne les connaissons pas, soit parce que nous estimons ne pas être dans le modèle statistique (ex : « moi je suis plus prudent que les autres et ai donc moins besoin qu'eux de mettre la ceinture de sécurité » ou « moi je suis plus résistant à la grippe que la moyenne de mes contemporains, et dès lors, je dois moins prendre de précautions »).

9 La volition (phase post-décisionnelle)

La volition, prolongement de la décision, est déterminante dans l'engagement dans la conduite ou le comportement, engagement qui se décrit en termes d'intensité et de durée ou persévérance (Zimmermann [22] ou Viau [14]). Broonen ([23], p. 8) signale que pour James [24], la volition est « le processus du passage de l'intention à l'acte ». Par exemple dans la décision de manger moins, « le contrôle volitionnel environnemental consiste à dépenser une certaine énergie à disposer certains éléments de l'environnement [pour] éviter ainsi diverses sources de sollicitations rivales de l'intention... » (Broonen, p. 8). Le même auteur (p. 9) signale que Corno ([25], p. 114), « distingue, ... à la suite de Kuhl [26] les processus volitionnels, qui sont post-décisionnels, des processus motivationnels, qui sont pré-décisionnels... *Franchir le Rubicon* ... sépare la motivation de la volition » ([27] Corno, p. 16).

En ETP, les applications de la volition ne manquent pas, par exemple dans le domaine des assuétudes (tabac, alcool, chips, sucreries, chocolat...) : éloigner de soi les substances, objets ou personnes tentantes. Il s'agit de mesures relationnelles (R) ou matérielles (M). À côté de ces mesures protectrices « par la négative », d'autres initiatives sont plus actives comme prévoir de faire, aux périodes de la journée où on avait l'habitude de consommer les fruits que l'on s'est défendu, une (autre) activité agréable, ce qui relève de l'affectivité (A) : on remplace un plaisir par un autre. Une telle activité de « substitution » a aussi l'avantage d'être distrayante, c'est-à-dire d'éloigner et si possible de supprimer de la conscience le « manque », ce qui est une opération d'auto-manipulation cognitive (C) mais aussi affective (A) si cette disparition de la conscience nous évite de souffrir. C'est pourquoi il est recommandé que cette activité bis se déroule ailleurs que dans le contexte habituel. Et ce pour casser les associations entre contexte et consommation indésirable... mais désirée.

Si l'on ne se sent pas suffisamment fort pour traverser seul l'épreuve, on peut s'engager vis-à-vis d'autres personnes à mener ces activités, à des heures et en des lieux incompatibles avec la consommation non souhaitable. À la limite, quand le reste a échoué, le patient peut demander à autrui de jouer au gendarme de son comportement. Une solution intermédiaire est de compter sur une force qui a souvent été du côté de la cause : la pression du groupe. On connaît le fameux jeu de mot de la langue anglaise : *peer pressure* (pression des pairs) qui fait penser à *beer pressure* (bière pression). La pression des pairs est pour beaucoup dans les démarrages de carrières alcooliques, dans les bizutages étudiants, lors des 3^e mi-temps des matches, etc. Symétriquement, des associations (*self help groups*) comme les Alcooliques Anonymes aident chacun des membres à ne pas rompre la solidarité morale. Une variante aussi connue est celle des *Weight Watchers* où les engagements pris en public font pression sur la personne, de même que les renforcements positifs (applaudissements) ou négatifs (huées) délivrés par le groupe. Ici le relationnel (R) est mis au service de l'affectif (A) et de l'image de soi (I).

10 Au-delà de la décision : la capacité d'exécuter

La volonté de maintenir l'action avec intensité, ne suffit pas forcément à assurer l'atteinte de l'état désirable. Encore faut-il non seulement que les conditions externes soient favorables mais aussi que lors de l'exécution de l'action, la personne soit réellement compétente aux niveaux Biologique (fatigue physique et mentale), Cognitif (interpréter correctement les situations, concevoir les actions, les planifier), Sensorimoteur (exécuter correctement les actes techniques prévus), Affectif (supporter la privation, la douleur) ou Relationnel (communiquer correctement avec les soignants, avec les tiers en général).

Ces facteurs ont déjà été pris en compte dans la phase PRE décisionnelle, mais avec un autre impact dans la phase POST décisionnelle, un impact sur la qualité de la réalisation de la performance et donc potentiellement sur le résultat.

11 Le rôle de l'éducateur et le facteur D

Dans le présent article, nous n'avons volontairement creusé que 2 des 12 facteurs du modèle : la Décision et la Volition. Nous comptons bien en développer d'autres dans des articles ultérieurs. Il importe cependant d'évoquer brièvement le rôle que peut jouer l'éducateur du patient dans la modification de ces deux facteurs.

Dans les phases qui précèdent la décision et pendant la décision elle-même, l'éducateur peut influencer le facteur Cognitif (C) en amenant le patient à réviser non seulement les possibilités d'actions en envisageant de nouvelles, qu'il n'avait pas imaginées, mais aussi à réviser ses estimations des probabilités liées aux conséquences de ces actions. Ainsi, pour une conséquence fatale donnée, selon que le patient la considère « très probable » ou « probable mais pas plus que n'importe quelle autre cause de mort », sa décision pourra différer grandement. L'éducateur peut aussi peser sur l'Affectif en rassurant ou en alarmant, sur l'Image de soi en persuadant, sur les Normes en déculpabilisant, sur les Savoir-Faire en formant, sur le Relationnel en parlant à l'entourage ou à l'équipe soignante, sur les Habitudes en instaurant des routines.

Plusieurs autres modèles ont été proposés pour guider la réflexion et la planification en ETP. Rosenstock [28], par exemple, a développé, pour une situation précise (la décision de se présenter ou non à une consultation de dépistage) un modèle ad hoc : le *Health Belief Model* (HBM). Ce célèbre modèle, comme bien d'autres, peut être (ré)exprimé en termes BRH-ASCID-VEMN, comme nous allons tenter de le montrer, illustrant, à l'occasion, plusieurs des influences possibles de l'éducateur en ETP.

Ce modèle comporte 4 facteurs poussant à se présenter (moteurs) et 4 facteurs inhibiteurs (freins), poussant à ne pas se présenter au dépistage. Ces 8 facteurs sont tous subjectifs car ce sont des croyances, d'où le terme *Belief*. Ces facteurs, comme on va le voir, combinent le volet cognitif (C)

dans la mesure où ils traitent des croyances et le volet affectif (A) dans la mesure où ils traitent des craintes et des espoirs puisque les événements pris en considération ne sont pas affectivement neutres.

Pour Rosenstock, les quatre facteurs favorisant (ou moteurs de) la décision de consulter sont (1) la croyance en la gravité (plus on pense que c'est grave, plus on aura tendance à consulter), (2) la croyance en la vulnérabilité (plus on pense que cela NOUS concerne, plus on veut consulter), (3) la croyance en la détectabilité (si l'on pense que la maladie est indétectable, on ne consulte pas) et (4) la croyance en la curabilité (si l'on pense que la maladie ne peut être soignée – comme c'était le cas dans les années 1990 avec le SIDA – on ne consulte pas).

Les quatre freins à la consultation sont la croyance (5) dans la perte de temps, (6) dans le coût, (7) dans la douleur et (8) dans la honte (si le diagnostic du dépistage positif devenait public).

On imagine aisément combien les éducateurs peuvent tenter de peser sur chacun de ces facteurs, pour renforcer les uns et affaiblir les autres. Les concepts de Rosenstock sont traduisibles en termes ASCID, ce que nous ferons entre parenthèses. Ce sont sans doute les messages « grand public » médiatisés par la télévision ou la radio qui en donnent les meilleurs exemples. Ainsi, le message « à partir de 65 ans, même la grippe peut tuer » vise à modifier, chez les personnes âgées, la perception qu'elles ont de leur vulnérabilité personnelle (I) à cette maladie et de la gravité (A et C) de celle-ci. Le message « Décélés à temps, x% des cancers de ... sont guérissables » vise à augmenter la perception de curabilité (A et C). Le message « le dosage du PSA dans le sang permet de détecter très tôt des débuts de cancers de la prostate » vise à influencer la perception de la détectabilité (A et C).

La télévision peut véhiculer des messages non seulement par la parole, mais aussi par l'image. Que la personne qui, au moment où on voit que l'infirmière la pique, déclare « même pas mal ! » soit une fluette enfant augmente la crédibilité de l'absence de douleur (A). Montrer une personne célèbre se présenter au dépistage vise à atteindre les Normes (N) intériorisées des spectateurs. Ainsi, on sait combien les « *coming out* » de Rock Hudson et d'autres célébrités ont fait du bien pour la prévention et le dépistage du SIDA. Pour lever le frein de la crainte du coût, on rend gratuites les prestations de dépistage (M) et pour le frein « crainte de perte de temps », on peut instaurer des rendez-vous par téléphone (M).

12 Conclusion

Le modèle (résumé par l'acronyme ASCID, au cœur du modèle) présenté ci-avant a été conçu dans le but de doter les intervenants en ETP et en éducation pour la santé en général d'un « outil pour penser », soit au moment de l'analyse de ce qui est, soit au moment de la conception de ce qui pourrait être. Si, selon Albertini, « un expert est quelqu'un qui peut parler sans réfléchir », c'est parce qu'il y a déjà réfléchi avant, parce qu'il n'est pas pris au dépourvu, parce qu'il possède des outils

d'analyse avec lesquels il va enquêter, parce qu'il a en tête des orientations où chercher des solutions. Le présent modèle peut constituer une telle ressource, une boussole en quelque sorte, que l'on a toujours sur soi (sans devoir consulter des textes) parce que, grâce à ses acronymes, la liste des 12 facteurs est facile à reconstituer.

Le modèle proposé peut, à notre avis, avoir trois fonctions essentielles :

- (a) Décrire des ETP en cours en identifiant sur quels facteurs elles pèsent. On peut ajouter au schéma des flèches symbolisant les HYPOTHESES : « Dans ce cas-ci, tel facteur devrait / pourrait influencer tel autre » (hypothèse à vérifier par observation, questionnement ou action).
- (b) Planifier des ETP en décidant sur quels facteurs on va s'efforcer d'avoir de l'influence. On ne peut tout faire, souvent parce que les moyens sont limités. Il faut donc établir les priorités, en tenant compte de l'efficacité connue des diverses actions envisagées.
- (c) Planifier des évaluations d'ETP. Savoir à l'avance quel plan d'action et quelles conséquences en sont espérées permet de planifier les moments et les contenus des évaluations

Ce sont ces trois aspects qui seront développés dans un article prochain. Nous y donnerons des exemples concrets de diagnostics de cas, de conception et de mises en œuvre d'interventions éducatives et d'évaluation de l'impact des interventions.

Remerciements. Nous remercions les nombreux étudiant(e)s du Master en Pédagogie de la Santé à l'Université Paris 13 dont le vécu et les réflexions sur le modèle décrit ici m'ont aidé à le valider.

Références

1. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 3^e éd. Paris : Maloine; 2008.
2. Assal JP, Bridges, why and from where to where? In: Assal JP, Visser AP (Eds), New trends in patient education. Elsevier Science B.V.; 1995, pp. 11–15.
3. Prochaska JO, Di Clemente C. The transtheoretical approach, crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Ill, Dow Jones-Irwin Publication, 1984.
4. Prochaska JO, Di Clemente C. Towards a Comprehensive Model of Change. In: Miller W, Heather N, Treating Addictive Behaviors. Plenum Publication Corporation; 2008, pp. 3–26.
5. Bloom BS, Engelhart MD, Forst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome I, Domaine cognitif. Montréal : Education nouvelle; 1969 (English original edition 1956, New York : Longman).
6. Piaget J. La psychologie de l'intelligence. Paris: Armand Colin; 1974.
7. Leclercq D. La connaissance partielle chez le patient. Pourquoi et comment la mesurer. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2009; 1(2):S201–S212.
8. Leclercq D, Poumay D. La métacognition. In: Leclercq D, Psychologie éducationnelle de l'adolescent et du jeune adulte. Éditions de L'université de Liège; 2008.
9. Triandis HC. Interpersonal Behavior. Monterey: Brookd/Cole; 1977.
10. Valois P, Desharnais R, Godin G. A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior. J Behav Med 1984; 11:459–472.
11. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences sociales et Santé 1991; IX 67–94.
12. Carroll JB. A model of school learning, Teachers College Record 1963; 64:723–733.
13. Maslow A. Motivation and personality. New York: Harper and Row; 1954. Trad. française : "La psychologie de l'être", Fayard; 1970.
14. Viau R. La motivation en contexte scolaire. Bruxelles: De Boeck; 1994; 2009.
15. Bandura A. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles: De Boeck; 2002.
16. Reboul G. Les valeurs et l'éducation. In: Jacob A (Ed.), Encyclopédie Philosophique Universelle, vol. I : L'Univers Philosophique. Paris: PUF; 1989, p. 197–202.
17. Von Neuman J, Morgenstern O. Theory of games and economic behavior. Princeton University Press; 1947.
18. Luce RD, Raiffa H. Games and Decision. New-York: Wiley; 1966.
19. De Finetti B. Logical foundations and measurement of subjective probability, Acta Psychol 1970; 34:129–145.
20. Damasio R. L'erreur de Descartes. Paris: Odile Jacob; 2001.
21. Alexander F. La médecine psychosomatique. Paris: Payot; 1960; 2002.
22. Zimmerman BJ. Attaining self-regulation. A social cognitive perspective. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M (Eds.), Handbook of self-regulation. New York: Academic Press; 2000, Chap. 2.
23. Broonen JP. Le passé et l'avenir du concept de volition pour la psychologie; de l'éducation et de la formation. Cah Int Psychol Soc 2007; 74:3–17.
24. James W. The principles of psychology, Vol. 2. London: Macmillan; 1890, Chap. 18.
25. Corno L. Self-regulated learning: A vocational analysis. In: Zimmerman BJ, Schunk DH (Eds.), Self-regulated learning and academic achievement: Theory, research, and practice. New York: Springer Verlag; 1989, pp. 111–141.
26. Kuhl J. Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Towards a comprehensive theory of action-control. In: Maher BA (Ed.), Progress in experimental personality research vol. 13. New York: Academic Press; 1984, pp. 99–171.
27. Corno L. The best-laid plans : Modern conceptions of volition and educational research. Educ Res 1993; 22:14–22.
28. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model, Health Educ Monogr 1974; 2:328–335.