

Le modèle d'autorégulation : Un cadre théorique pour explorer les représentations de la maladie mentale

The self-regulation model: A theoretical framework for exploring representations of mental illness

Received date: 18/06/2022 Accepted date:02/09/2022 Published date:18/09/2022

Kahina GUELLAL ¹ Fiadh BENKERROU ²

¹ Université de Bejaia Algérie, Laboratoire des Etudes Sociologiques: Travail, Education, Réseau et Espace. *Email*: kahina.guellal@univ-bejaia.dz

² Université de Bejaia Algérie, Laboratoire des Etudes Sociologiques: Travail, Education, Réseau et Espace., *Email* : fiadh.benkerrou@univ-bejaia.dz

Résumé:

Le modèle d'autorégulation de Leventhal est un modèle conçu pour comprendre le rôle des représentations mentales de la maladie. Il suppose que l'individu participe activement à la prise en charge de ses problèmes de santé, il construit des représentations cognitives et émotionnelles de sa maladie qui guident son comportement d'adaptation et module ses réponses face à la maladie. Dans cet article, nous fournissons, aux chercheurs et aux professionnels en psychologie et en psychiatrie, une base théorique descriptive et explicative des représentations de la maladie mentale et les comportements d'adaptation.

Mots-clés :Modèle d'autorégulation; maladie mentale; représentations de la maladie; stratégies de coping; psycho-thérapie

Correspondent author : *Fiadh BENKERROU*, *Email* : fiadh.benkerrou@univ-bejaia.dz

Abstract:

Leventhal's self-regulation model is a model designed to understand the role of mental representations of illness. It assumes that the individual participates actively in the management of his health problems, he builds cognitive and emotional representations of his disease that guide his coping behavior and modulates his responses to the disease. In this article, we provide researchers and professionals in psychology and psychiatry with a descriptive and explanatory theoretical basis of representations of mental illness and coping behaviors.

Keywords: Model of self-regulation; mental illness; representations of illness; coping strategies; psychotherapy.

Introduction :

En 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport sur la santé dans le monde, a considéré la maladie mentale comme un véritable problème de santé publique, affectant plus de 450 millions de personnes de tout âge, sexe, région et culture, soit un individu sur quatre (Organisation mondiale de la santé, 2001).

Etant défini comme «*un ensemble d'affections reconnues cliniquement, caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) et associées soit à une détresse significative, soit à un dysfonctionnement marqué, ou à un risque tangible de résultats néfastes et/ou indésirables* » (Gouvernement du Canada, 2006, p. 02), la maladie mentale demeure toujours un concept indéterminé où « *aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept* » (American psychiatric association, 1996, p. XVIII).

Cette indétermination dans la définition de la maladie mentale, si elle a incité des différents débats constructifs entre les professionnels de la santé, elle a provoqué une divergence dans les représentations entre les thérapeutes et leurs patients sur les causes de la maladie, la qualité de la relation thérapeutique et l'efficacité des soins reçus générant une insatisfaction réciproque (Levesque & Li, 2014).

Généralement, toute culture adopte un modèle explicatif particulier de la maladie mentale, basé essentiellement sur des idées reçues et transmises de génération en génération. D'après Kohl (2006), ces explications de la maladie ne sont pas sans répercussions sur la prise en charge thérapeutique (Bouhleb & al., 2013). Mais dans chaque collectivité, chaque société, il existe un écart entre les expériences subjectives des individus et leur symbolisation culturelle car selon Castoriadis (1975), « *la socialisation de la psyché ne saurait jamais être totale : subsiste toujours un espace non recouvert par les significations sociales, un espace « privé » en quelque sorte* » (Aouattah, 1993, p. 71).

De ce fait, Canguilhem (1966) a introduit la notion de « *maladie-du-malade* » dans le champ de la santé et considère qu'« *il n'y a pas de pathologie objective* ». Pédinielli (1999) a défini la maladie, vue par le malade, comme « *une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux et culturels* » et a décrit les représentations individuelles originales des patients qui en résultent, comme des « *théories* » (Villani, Flahault, Montel, Sultan, & Bungener, 2013, p. 477) et Nathan (1994) affirme que la maladie ne peut pas être dissociée de la théorie qui la décrit (Mukau Ebwel, Kinsala Kinsala, & Mbayamvula Mawula, 2012, p. 06).

Il paraît donc pertinent de penser, comme Raguram et al. (2001), que la signification de la souffrance psychique ne peut pas être

réduite à la nosographie psychiatrique et aux théories des professionnels (Joly, Taieb, Abbal, Baubet, & Rose Moro, 2005, p. 570). La prise en compte des théories personnelles peut être une aide dans la compréhension des recours thérapeutiques et de l'adaptation à la maladie mentale (Joly, Taieb, Abbal, Baubet, & Rose Moro, 2005, p. 570)

Cette question ne peut être vérifiée que dans le cadre d'un modèle théorique vigoureux et puissant, permettant d'expliquer le choix thérapeutique du patient et ses décisions dans la maladie mentale. Dans cet article nous voulons montrer, à travers une littérature très riche, les implications de la théorie d'autorégulation, élaboré par Leventhal, dans l'identification des représentations du sujet sur sa maladie mentale et ses stratégies d'adaptation qui permettent de comprendre et d'expliquer son recours thérapeutique.

2. Le modèle d'autorégulation

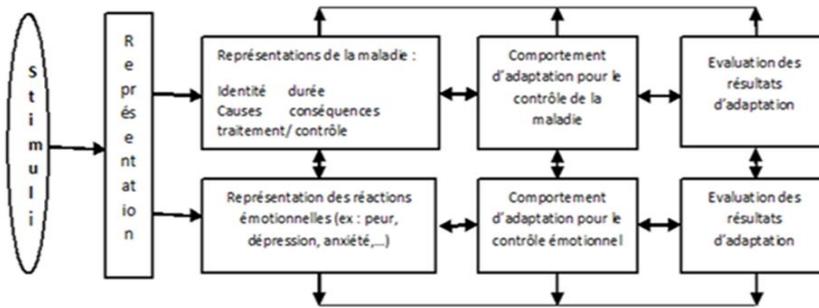
2.1. Présentation du modèle

Leventhal, Meyer et Nerenz (1980) ont décrit le modèle d'autorégulation comme un modèle à processus parallèles (Villani, Flahault, Montel, Sultan, & Bungener, 2013, p. 479) dans lequel les individus construisent une représentation cognitive et une représentation émotionnelle de la maladie à partir des différentes sources d'informations appelées stimuli auxquelles ils ont accès afin de lui donner un sens et de mieux la gérer (Ferreira, Gay, Regnier-Aeberhard, & Bricaire, 2010).

Ces processus cognitifs et émotionnels s'influencent mutuellement et chacun comporte trois étapes permettant de traiter l'information : la représentation, l'adaptation (coping) et l'évaluation (Maire, 2012, p. 51). **Figure (1).**

Source:(Fergusson-White, 2008, p. 31).

Figure (1):Un schéma représentatif du modèle d'autorégulation



Le model de Leventhal conçoit le comportement de l'individu de manière dynamique et admet des transitions constantes entre la cognition/émotion et l'action. Il s'inspire du processus de résolution de problèmes(Loignon, 2006, p. 45)et il est élaboré afin de résoudre le problème d'adhérence au traitement(Levesque & Rocque, 2015).

Ce modèle se fonde sur trois postulats de base, le premier consiste à croire que l'individu est un agent actif dans la résolution de son problème de santé. Le second suppose que l'individu construit des représentations (cognitives et émotionnelles) de sa maladie lui permettant de mettre en place des stratégies d'adaptation, puis faire une évaluation de l'efficacité de ces stratégies. Le troisième postulat indique que la représentation de la maladie est propre à chacun et possible qu'elle ne corresponde pas à la réalité médicale(Ferreira, Gay, Regnier-Aeberhard, & Bricaire, 2010, p. 04)

2.2. Les éléments composants le modèle d'autorégulation

Le modèle d'autorégulation se compose de quatre éléments : les stimuli, la représentation de la maladie, l'adaptation et l'évaluation.

2.2.1. Les stimuli

Selon Diefenbach et Leventhal (1996), la personnalité et l'origine socioculturelle de l'individu ont une influence sur son expérience personnelle. Elles créent des stimuli qui font référence aux informations reçues par la personne avant d'être confrontée à la maladie (en tant que connaissances collectives), aux informations données par l'environnement social ou par des personnes d'importance significative (proches, équipe médicale...), et à l'expérience de la maladie, qui comprend les informations somatiques et symptomatiques, basée sur les perceptions actuelles et l'expérience passée de la maladie (Pupat, 2007). Ces trois types de stimuli correspondent respectivement aux ; informations sociales, environnementales et personnelles permettant au patient de développer une représentation sur sa maladie (Lalande, 2016, p. 22).

Ces stimuli offrent un genre de filtre à travers lequel les individus interprètent, expliquent et donnent un sens à leurs expériences personnelles et une représentation spécifique de la santé et de la maladie.

2.2.2. La représentation de la maladie

Leventhal, Meyer et Nerenz (1980) de même que Hagger et Orbell (2003) définissent la représentation de la maladie comme étant une interprétation que fait le patient des informations qu'il possède sur sa condition, afin de donner du sens à sa maladie et d'y réagir (Lalande, 2016, p. 10). L'interprétation de ces informations constitue le premier pas dans le processus de recherche d'aide,

d'initiation d'une stratégie de coping, et d'adoption d'une prise en charge (Pupat, 2007, p. 23).

Bruchon-Schweitzer (2002), note que la représentation de la maladie influence sur la recherche d'aide, la compréhension et l'acceptation du diagnostic et des traitements par le patient, ainsi que sur les rapports avec le thérapeute, l'observance et l'adhésion thérapeutique (Laurent, 2013, p. 38).

Leventhal, Nerenz et Steele (1984) ; H, Leventhal, E.A., Leventhal et Cameron (2001) et Levesque et Li (2014), ont aussi montré que cette représentation joue un rôle déterminant dans la façon dont le patient réagit face à ses symptômes. Elle oriente sa prise de décision, à savoir à quel moment il ira chercher de l'aide, la source de soins qui sera privilégiée ainsi que les pratiques qui seront utilisées pour rétablir son état de santé (Levesque, 2015).

Selon le modèle d'autorégulation, la représentation de la maladie se divise en deux types, cognitive et émotionnelle :

2.2.2.1. La représentation cognitive de la maladie

Elle comprend cinq dimensions :

• L'identité :

Selon Leventhal et al. (1980) et Rozema et al. (2009), l'identité est la représentation des caractéristiques de la maladie et de ses symptômes associés, c'est-à-dire « l'étiquette » que le patient associe à sa maladie (Lalande, 2016, p. 12) et selon Wyke et al. (2013), par cette « étiquette », le patient tentera de répondre à la question « quel est le problème ? » (Lalande, 2016, p. 13).

• La cause :

Il s'agit de ce que le patient se représente comme étant les facteurs ayant causé la maladie, il peut s'agir de causes biologiques, environnementales, émotionnelles, psychologiques, ... (Pupat, 2007, p. 24).

L'hypothèse d'Ogden et Jubb (2008), indiquant qu'un changement dans les représentations sur les causes de la maladie entraînait un changement parallèle et cohérent des représentations sur les solutions, a montré que ces représentations interviennent également dans l'identification et le choix des stratégies d'action adoptées par le malade (Ogden & Jubb, 2008).

• La durée :

Il s'agit du cours perçu de la maladie, c'est-à-dire l'impression que la maladie est aiguë, chronique, accompagnée de symptômes cyclique ou stable. Une maladie aiguë est d'une durée limitée, à l'opposé une maladie dite chronique est une maladie présente sur le long terme, ayant une durée prolongée pouvant s'étendre sur la durée de vie complète du patient. En ce qui concerne la cyclicité de la maladie, elle fait référence à l'expression des symptômes associés à la maladie, des symptômes qui vont et viennent dans le temps tant en intensité qu'en fréquence seront associés à une condition cyclique. À l'inverse, des symptômes stables dans le temps sont davantage associés à une cyclicité faible de la maladie (Lalande, 2016, p. 13).

• Les conséquences :

La troisième dimension concerne les conséquences perçues de la maladie, c'est-à-dire les répercussions physiques, économiques, sociales et fonctionnelles de la maladie. Ces conséquences peuvent être d'intensité variable et affecter une ou plusieurs sphères de la vie du malade (Lalande, 2016, p. 13).

Les conséquences perçues de la maladie ont été associées à des variations d'adaptation de l'individu dans les études de Tarrier, Harwood, Yusopoff, Beckett et Baker (1990) et Kinney (1999) et à l'observance du traitement dans les études de Budd, Hughes et Smith (1996) et Adams et Scott (2000). Ces derniers (Adams & Scott) ont constaté que la gravité perçue des symptômes était associée à une plus grande observance du traitement (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2003, p. 05).

• Le contrôle et le traitement :

Il s'agit de la croyance du patient concernant la possibilité ou pas de guérir de sa maladie (Ferreira, Gay, Regnier-Aeberhard, & Bricaire, 2010, p. 05). Cette croyance est associée au sentiment d'auto-efficacité personnelle. Elle englobe, d'un côté, la croyance en la possibilité de contrôler soi-même la maladie et d'être capable de mettre en œuvre des pratiques d'allègement des symptômes et d'un autre, la croyance en efficacité d'un traitement spécifique, d'une recommandation ou d'un conseil donné par un thérapeute dans l'amélioration de son état de santé (Pupat, 2007).

Dans les études de Horne et Weinman (1997) et Horne (1998), Les croyances au sujet de la thérapie (avantages et inconvénients perçus) se sont révélées être un ajout nécessaire pour comprendre les réponses d'adhésion (Lobban, Barrowclough, & Jones, 2003) et dans l'étude de Lobban et al. (2003), les croyances qu'une thérapie particulière pourra contrôler les symptômes indésirables ont été associées à une observance du traitement.

Tarrier, Yusopoff, McCarthy, Kinney et Wittkowski (1998) ont interrogé les personnes qui avaient abandonné la thérapie cognitivo-comportementale et la raison la plus souvent invoquée était que les patients ne la percevaient pas la thérapie adaptée à leurs problèmes

(Lobban, Barrowclough, & Jones, 2003). De même Lobban et al., 2005, suggèrent que l'observance du traitement existe plus chez les personnes qui croient que le traitement va les aider. En outre, ils suggèrent que les individus qui attribuent leurs expériences aux problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de prendre des médicaments (thérapie médicale), alors que ceux qui attribuent leurs problèmes à des facteurs autres que les problèmes de santé mentale ou aux effets des médicaments sont moins susceptibles de prendre des médicaments et font alors appel à d'autres types de thérapies.

2.2.2.2. La représentation émotionnelle de la maladie

Selon Moss-Morris et al (2002), il s'agit d'une dimension subjective du patient, néanmoins que la représentation émotionnelle n'est pas proportionnelle à la sévérité de la maladie (Lalande, 2016). Elle concerne les émotions que ressent le patient face à sa maladie telles que la colère, l'anxiété, l'inquiétude, la peur, la déprime...(Ferreira, Gay, Regnier-Aeberhard, & Bricaire, 2010). D'après Tarquinio & Fischer (2001), L'expérience émotionnelle de la maladie peut moduler les représentations cognitives en affectant l'interprétation initiale du problème (Gauchet, 2005, p. 73).

Leventhal et al (1984) ; Moss-Morris et al, (2002) pensent qu'il existe des rapports logiques entre les différentes dimensions de la représentation de la maladie citées ci-dessus(Pupat, 2007, p. 25).

Autrement dit, une représentation plus positive de la maladie correspond à une identité faible de cette dernière, ainsi peu de symptômes seront associés à la maladie. De plus, elle implique que l'individu envisage le cours de sa maladie comme étant aigu et peu cyclique. Cette représentation correspond davantage à la perception que la maladie aura des conséquences limitées et moins d'impacts émotionnels négatifs, ainsi qu'un contrôle personnel perçu comme

étant grand. À l'inverse, une représentation négative de la maladie correspond à une forte identité (une vision très symptomatique de la maladie), une perception d'un cours chronique et/ou cyclique avec des conséquences perçues comme étant plus graves affectant plusieurs sphères de la vie de l'individu. Le contrôle personnel est perçu comme étant faible et le traitement jugé comme ayant peu d'impact sur la gestion de la maladie. La représentation émotionnelle est associée à un plus grand impact des émotions négatives de l'individu (Lalande, 2016, pp. 15-16).

2.2.3. L'adaptation

D'après Lazarus et Folkman, (1984), c'est la phase d'élaboration des stratégies de coping, qui sont « *des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (Mariage, 2001, p. 47).

Face à sa maladie, le malade utilise une panoplie de conduites de coping pour tenter de la gérer. Nous trouvons :

2.2.3.1. Coping centré sur le problème

Selon Suls et Fletcher (1985), il correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation. Il comprend diverses stratégies comme la réévaluation positive, la recherche d'informations, l'élaboration de plans d'action (faire appel à une thérapie), l'esprit combatif, ... Il est nommé parfois coping « *vigilant* » ou « *actif* » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 26).

2.2.3.2. Coping centré sur l'émotion

Correspond aux diverses tentatives du sujet pour gérer la tension émotionnelle induite par la situation. Nous trouvons : l'évitement (dormir plus que d'habitude, ne pas penser au problème,...), la distraction (regarder la télévision, écouter de la musique,...), la pensée magique (sorcellerie, mauvais œil, possession,...) ou la dénégation (faire comme si la situation n'existait pas,...), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimisme (maximisation de la menace, perte de contrôle, anticipation d'une issue défavorable,...), expression ou, au contraire, répression des émotions négatives (anxiété, colère, tristesse,...), autoaccusation (se sentir responsable,...), stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier,...). Il s'agit parfois ici de coping « évitant » ou encore « passif »(Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 27).

Selon le modèle d'autorégulation, ces stratégies de coping s'élaborent à partir des représentations mises en place précédemment, mais aussi des données rétroactives obtenues lors de la phase suivante(Pupat, 2007, p. 37). Orbell et ses collaborateurs (2008) ont démontré que la représentation de la maladie pouvait à elle seule expliquer de 5 à 21% de la variance associée au déploiement de stratégies d'adaptation(Lalande, 2016, p. 24).

Les représentations cognitive et émotionnelle de la maladie auront chacune un impact sur le type de stratégies d'adaptation utilisées(Lalande, 2016, p. 23). Une représentation de la maladie comme étant maîtrisable, est liée à des variables d'adaptation actives telles que coping centré sur le problème. En revanche, une représentation de la maladie comme étant incontrôlable, chronique et très symptomatique est associée à des stratégies d'adaptation d'évitement et le déni (stratégies centrés sur l'émotion)(Hagger & Orbell, 2003).

2.2.4. L'évaluation

C'est la phase d'appréciation des résultats des stratégies de coping utilisées (Pupat, 2007, p. 37). Le patient estime le succès de la stratégie de coping et modifie en conséquence la représentation émotionnelle et cognitive qu'il a de sa maladie et / ou sa stratégie afin qu'elle soit plus efficace ou du moins jugée comme telle (Gauchet, 2005, p. 68).

3. Le modèle d'autorégulation et la maladie mentale

Il est important de rappeler que l'efficacité du modèle d'autorégulation de Leventhal a été vérifiée avec la maladie physique, où il est généralement admis, que sur une condition particulière, les représentations du patient sont cohérentes et relativement stables. Par contre, les patients psychiatriques ne peuvent pas avoir des représentations cohérentes au sujet de leur maladie car la maladie mentale, par sa nature même, influence la capacité du patient de réfléchir sur ses propres expériences. Cependant, Kinderman et al. (2006) ont entrepris une étude qualitative des représentations de la maladie chez des patients diagnostiqués de schizophrénie et ont constaté que ces derniers ont compris leurs difficultés de la santé mentale dans un très léger différent de celui qui serait prévu par le modèle de l'autorégulation (Kinderman, Setzu, Lobban, & Salmon, 2006).

D'autre part, Fortune et al. (2004) soutiennent l'idée que même si l'humeur dépressif pourrait influencer ou modifier les représentations de la maladie des patients, cela ne signifie pas nécessairement que le modèle n'est pas utile, ou qu'il serait moins probable que la représentation du problème aura un impact sur la recherche d'aide ou la coopération dans le traitement (Witteman, Bolks, & Hutschemaekers, 2011). D'ailleurs, l'étude de Fallon et Talbot (1981) a montré que les patients ayant un diagnostic de schizophrénie sont

capables d'identifier les stratégies qu'ils utilisent pour faire face à leurs symptômes et que les croyances qu'ils ont sur les conséquences probables des symptômes semblent médier cette relation(Lobban, Barrowclough, & Jones, 2003).

Ainsi, la représentation de la maladie n'a pas besoin de refléter un compte exact de l'état du patient, elle est la perception subjective de ses problèmes, ce qui est important dans sa prise en charge thérapeutique (Witteman, Bolks, & Hutschemaekers, 2011).

Même Lobban et al. (2003), lorsqu'ils ont examiné cinquante-neuf (59) études qualitatives (la plupart des participants ont un diagnostic de la schizophrénie) afin d'évaluer l'applicabilité du modèle d'autorégulation à la maladie mentale et d'explorer les liens entre les représentations de la maladie et les résultats affectifs et comportementaux, ils ont constaté que même dans la maladie mentale, les représentations de la maladie ont été associés à la fois au coping et aux résultats. Ces conclusions ont indiqué que le modèle d'autorégulation était également un cadre utile pour comprendre et explorer les représentations de la maladie mentale ainsi que la maladie physique (Baines & Wittkowski, 2012).

En réalité, l'utilité du modèle d'autorégulation a été étudiée de manière approfondie au cours des dernières années qui ont suivi l'élaboration du Illness perception questionnaire (IPQ : 1996), un questionnaire qui mesure les cinq dimensions de la représentation de la maladie identifiées par le modèle de Leventhal, et de sa version révisée (IPQ-R : 2002) (Fergusson-White, 2008).

Les études qui ont utilisé ces questionnaires (IPQ et IPQ-R), pour examiner l'applicabilité du modèle d'autorégulation dans la maladie mentale se sont interrogées sur les questions suivantes : Si la représentation de la maladie signalée dans la maladie mentale est compatible avec les dimensions de la maladie selon le modèle de

Leventhal ? S'il y avait une association entre les différentes dimensions de la maladie comme prédit par ce modèle ? Et si la représentation de la maladie était significativement et statistiquement associée à des résultats cliniques et d'adaptation que le modèle a prédit ?

Hagger et Orbell (2003) ont procédé à un examen complet et une méta-analyse de quarante-cinq (45) études appliquant le modèle d'autorégulation (vingt-trois (23) études ont utilisé les questionnaires de perception de la maladie, IPQ ou IPQ-R), pour examiner les inter-corrélations entre les différentes dimensions de la représentation de la maladie, et d'explorer la relation de ces représentations avec les stratégies d'adaptation et les résultats de la maladie. Les comportements d'autogestion, le choix de la thérapie et l'observance du traitement ont été considérés comme un coping-spécifique axé sur le problème. Cette étude a révélé une relation significative entre les croyances de contrôle et traitement, coping-spécifique axé sur le problème et comportements (Cité dans(Aujla & et al, 2016).

Baines et Wittkowski (2012) ont également porté un examen sur treize (13) études quantitatives qui ont utilisé les questionnaires IPQ et IPQ-R dans leur exploration de la représentation de la maladie dans différentes pathologies mentales : la psychose, troubles bipolaires, troubles de l'alimentation, la dépression et les troubles de l'humeur chez l'adolescent. À travers ces études, les dimensions de la représentation de la maladie du modèle d'autorégulation ont été largement prises en considération (Baines & Wittkowski, 2012).

La représentation de la maladie chez les psychotiques a été explorée à travers quatre (4) études : Lobban, Barrowclough et Jones (2004) ont évalué les relations entre les représentations de la maladie, la gravité de la maladie, l'adaptation et l'évaluation des résultats (tout a été évalué au départ et après un intervalle de six mois). Williams et

Steer (2011) ont exploré la relation entre les représentations de la maladie et l'engagement auto-déclaré dans des services de santé mentale. Lobban et al. (2004) et Williams et Steer (2011) ont développé le questionnaire de perception de la maladie pour la schizophrénie (IPQS), qui est l'adaptation du questionnaire de la perception de la maladie révisé (IPQ-R). Lobban, Barrowclough et Jones (2005) ont étudié les propriétés psychométriques de ce questionnaire (IPQS) à deux points de temps sur une période de six mois, tandis que Watson et al. (2006) ont utilisé le questionnaire IPQ-R afin d'explorer les associations entre la représentation de la maladie, un dysfonctionnement émotionnel, la perspicacité et l'observance du traitement chez les participants souffrant de psychose, qui ont été recrutés à une période de rechute.

Selon Baines et Wittkowski (2012), il y avait des similitudes dans les représentations de la maladie signalées dans les quatre études mentionnées ci-dessus. Les participants ont décrit l'expérience de nombreux symptômes, vu leur psychose à la fois chronique et de nature cyclique et ont perçu un certain contrôle personnel sur leur état. En général, les participants ont également perçu avoir une thérapie utile et une compréhension cohérente de leur maladie. Ces résultats indiquent que les dimensions de la maladie du modèle d'autorégulation sont largement approuvées par les personnes souffrantes de psychose. Des relations statistiquement significatives, ont été trouvées entre les différentes dimensions de la représentation de la maladie et entre la représentation de la maladie et les résultats de santé, comme prévu par le modèle d'autorégulation. Lobban et al. (2004) et Watson et al. (2006) ont indiqué que des relations fortes ont été trouvées entre la représentation de la maladie (l'identité, la durée et les conséquences) et le niveau d'anxiété et de dépression vécue par les individus. D'après Williams et Steer (2011), Les participants qui ont connu une plus grande anxiété et une dépression percevaient leurs

difficultés comme chroniques avec de nombreuses conséquences négatives et de nombreux symptômes. Par contre les participants qui détenaient la croyance qu'une thérapie pourrait les aider à contrôler leurs symptômes ont cru qu'ils étaient capables de contrôler leur psychose ; ils ont également eu une compréhension plus cohérente de leur problème et représentaient leurs difficultés comme ayant moins de conséquences négatives. Cependant, Watson et al. (2006) ont indiqué que le non-respect du traitement était lié à une représentation limitée de la maladie.

Les représentations du trouble bipolaire ont été examinées à travers l'étude de Hou, Cleak & Peveler (2010) qui a étudié l'influence de la représentation de la maladie en utilisant le questionnaire de perception de la maladie dans sa version révisée (IPQ-R) sur l'observance du traitement chez trente-cinq (35) personnes souffrant d'un trouble bipolaire. Dix-neuf (19) participants se sont classés comme non-adhérent aux médicaments, seize (16) observant. Le groupe des non-adhérents aux médicaments croyait que leur maladie était chronique et que les médicaments causeraient plus de conséquences négatives, par rapport au groupe adhérent. Les scores des sous-échelles du questionnaire IPQ-R (les conséquences et la durée aiguës/chroniques) prédisent la non-adhérence aux médicaments.

Les représentations des troubles alimentaires ont été étudiées en se focalisant sur les études menées par : Holliday, Mur, Trésor et Weinman (2005) ; Marcos, Cantero, Escobar et Acosta (2007) et Stockford, Turner et Cuivre (2007). Dans ces études les participants représentaient leur trouble alimentaire comme chronique, très pénible et variant au fil du temps, avec un certain nombre de symptômes et conséquences négatives, ce qui suggère que les dimensions de la représentation de la maladie du modèle d'autorégulation ont été largement prises en considération dans les troubles alimentaires.



Comme prévu par ce modèle, des associations ont été trouvées entre les différentes représentations de la maladie. Les croyances qu'une thérapie pourrait être utile et que les troubles alimentaires étaient contrôlables, ont été associées à une plus grande représentation de contrôle personnel sur le trouble alimentaire. La représentation des perturbateurs endocriniens comme chronique était liée à la croyance que la maladie ne se prêtait pas à un traitement ou un contrôle personnel (Baines & Wittkowski, 2012).

Les représentations de la dépression ont été explorées à travers quatre (4) échantillons différents. Un échantillon des patients de soins primaires (étude de Brown et al., 2001), un échantillon de femmes ayant des antécédents de dépression dont environ la moitié connaît encore activement la dépression (étude de Fortune, Barrowclough et Lobban, 2004), un échantillon de latino-américains souffrant de dépression (étude de Cabassa, Lagomasino, Dwight-Johnson, Hansen, et Xie, 2008) et un échantillon de femmes enceintes souffrant de dépression (étude de O'Mahen, Flynn, Chermack, et Marcus, 2009).

D'après Baines et Wittkowski (2012), les dimensions du modèle d'autorégulation étaient en grande partie conformes à la représentation de la maladie définie. Les participants ont représenté leur dépression comme ayant de nombreux symptômes et conséquences négatives, mais que leur dépression était soumise au contrôle / traitement et qu'elle est de nature cyclique. O'Mahen et al. (2009) ont constaté que les femmes périnatales étaient moins susceptibles d'identifier les causes médicales de leur maladie, attribuant leur dépression à leur propre comportement, leur état d'esprit et à des changements liés à la grossesse, tels que les changements hormonaux, difficulté et manque du sommeil, difficultés d'adaptation à la grossesse, contrairement aux femmes enceintes et post-partum. Fortune et al. (2004) ont observé que les femmes de l'échantillon ont utilisé les cinq mêmes dimensions de la maladie

identifiées dans le modèle de Leventhal pour décrire leur expérience de la dépression et de la maladie physique, il y avait une certaine cohérence entre les modèles des deux maladies en termes de contenu et de structure. Les participants qui considéraient leur dépression de nature cyclique ne considéraient pas leur condition comme chronique. Une représentation de la dépression comme cyclique par le patient était positivement associée à des croyances que son traitement et ses propres actions pourraient aider à contrôler les symptômes.

Comme prévu par le modèle d'autorégulation, les représentations de la maladie se sont révélés être statistiquement associés à des résultats de santé (gravité de la dépression) et d'adaptation (y compris la recherche et le choix d'une thérapie et l'observance du traitement). Selon Fortune et al. (2004), les scores des sous-échelles du questionnaire de la perception de la maladie (IPQ) (forte identité, la durée et les conséquences) ont été positivement associés à une plus grande sévérité de la dépression, alors qu'une faible identité était liée à la baisse de sévérité de la dépression et à un plus grand contrôle personnel perçu sur la dépression. Brown et al. (2001) ont trouvé qu'une forte identité, a été associée à des stratégies d'adaptation, telles que l'auto-distraction, ventilation émotionnelle et le blâme. D'après ces auteurs, les croyances que la dépression a été causée par des problèmes relationnels étaient associées à un faible recours à une thérapie biomédicale et à une faible observance au traitement. Les résultats d'O'Mahen et al. (2009) ont également suggéré que les demandes de thérapie étaient liées aux croyances concernant la chronicité de la dépression. Les participants qui percevaient la durée de leurs symptômes comme longue étaient significativement plus susceptibles de demander un traitement psychomédicale pour leur dépression(Baines & Wittkowski, 2012).



En dernier lieu, pour étudier les représentations des troubles de l'humeur chez l'adolescent, l'examen de Baines et Wittkowski (2012) s'est porté sur l'étude de Munson, Floerson et Townsend (2009) qui ont également utilisé le questionnaire révisé de la perception de la maladie (IPQ-R) sur soixante-dix (70) adolescents. La relation entre les attitudes envers les services de santé mentale et la représentation de la maladie a été explorée. Les dimensions de la représentation de la maladie du modèle d'autorégulation étaient en grande partie conformes à la représentation de la maladie identifiée par les adolescents. La majorité des participants perçoivent leurs troubles de l'humeur comme chroniques avec des conséquences importantes. Plus de la moitié des adolescents perçoivent leurs propres actions et traitement pouvant influencer leur trouble. Comme prévu par le modèle d'autorégulation, des associations ont été trouvées entre les différentes dimensions de la représentation de la maladie. Les adolescents qui percevaient leur trouble comme chronique étaient moins susceptibles de croire qu'ils avaient un contrôle personnel sur leurs symptômes et que la thérapie psycho-médicale pourrait aider à contrôler leur maladie. En revanche, des représentations particulières de la maladie ont été trouvées associées à des attitudes positives à l'égard des services de santé mentale et à la demande de l'aide (c'est-à-dire, faire face). Les réponses émotionnelles aux troubles de l'humeur ont été associées à une plus grande expérience de stigmatisation mais si les adolescents avaient une compréhension cohérente de leur maladie, ils seront plus ouverts à faire appel à une thérapie professionnelle (psycho-médicale) et moins influencée par la stigmatisation.

Cette méta-analyse de Baines et Wittkowski (2012) révèle que les représentations des maladies mentales comme chroniques, contrôlables et ayant des conséquences négatives sont associés à des

stratégies d'adaptation plus actifs et à la recherche d'aide et le recours à une thérapie psycho-médicale.

Dans une étude de Ogden et Jubb (2008), réalisée sur deux cent soixante-dix-neuf (279) participants au sujet de leurs croyances sur la cause et la solution de l'un des trois problèmes (dépression, obésité et problèmes de sommeil) suite à des vignettes décrivant les causes comme psychologiques ou biomédicales. Les résultats ont montré que les croyances sur les causes et les solutions d'un trouble varient selon le type de problème, alors que les croyances envers les causes et les solutions d'un problème sont cohérentes les unes avec les autres. Autrement dit, l'approbation d'une cause psychologique était constamment reflétée dans la croyance qu'une solution psychologique était la plus appropriée et efficace, et que l'approbation d'une cause biomédicale était reflétée dans la croyance qu'une solution biomédicale était la plus appropriée et la plus efficace. Les résultats ont montré également que les croyances étaient ouvertes à la manipulation et qu'un changement dans les croyances sur les causes entraînait un changement parallèle des croyances sur les solutions (Ogden & Jubb, 2008).

Dans la majorité des études citées ci-dessus, les représentations du contrôle personnel sur une maladie et les croyances que le traitement psycho-médical peut aider à contrôler les symptômes ont été associées à un plus grand engagement psycho-médicale, ce dernier pourra changer l'observance du traitement, réduire les symptômes et la détresse émotionnelle. Donc, l'intervention ciblant les représentations des patients en ce qui concerne leur propre contrôle personnel sur leur maladie mentale et les bénéfices potentiels des interventions peuvent conduire à des résultats plus positifs. Les personnes ayant une compréhension plus cohérente de leur maladie mentale sont plus susceptibles à s'engager dans les services de santé mentale et à être

plus ouvertes à la recherche d'aide professionnelle. Par conséquent, aider les individus à développer une compréhension de leurs difficultés peut conduire à un plus grand engagement avec les services de santé mentale (Baines & Wittkowski, 2012).

Les conclusions de ces études renforcent l'applicabilité du modèle d'autorégulation à la compréhension des représentations de la maladie mentale et permettent des prévisions concernant le choix de la thérapie, l'adhésion au traitement et les résultats d'adaptation et de santé des sujets.

Conclusion

Le modèle d'autorégulation est actuellement le modèle le plus utilisé dans le domaine de la psychologie de la santé vue sa capacité d'explorer, avec fiabilité, les représentations des patients concernant leur maladie. Il propose que les individus créent des modèles internes implicites et subjectifs au sujet de leur maladie qui les aident à donner un sens à leurs expériences et influencent leurs comportements d'adaptation. Ce modèle nous permet non seulement de comprendre comment les patients réagissent face à leur maladie, à la fois avec émotions et comportements, mais aussi nous démontre que les représentations émotionnelles et cognitives, que font les patients de leur maladie, sont des facteurs prédictifs du choix de la thérapie et du cours du traitement.

Le large succès qu'a connu ce modèle dans la maladie physique suggère qu'il peut être aussi approprié à la maladie mentale comme ils l'ont démontré la plupart des travaux réalisés dans ce sens. En effet, la pertinence théorique et clinique de ce modèle ainsi que la validité des cinq dimensions ont été confirmées dans différentes études utilisant des méthodologies différentes ainsi que des conditions cliniques diverses. Ainsi, la validité et la cohérence du modèle de Leventhal ne sont plus remises en question.

Enfin, le modèle d'autorégulation de Leventhal aurait l'avantage d'encourager une exploration plus large de représentations au sujet de la maladie mentale, ce qui est une condition préalable pour commencer toute pratique thérapeutique dans la pratique clinique ou dans la recherche scientifique.

✚ Références :

1. American psychiatric association. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (éd. 4eme). (J.-D. G. al, Trad.) Paris, France: Masson.
2. Aouattah, A. (1993). *Ethnopsychiatrie maghrébine: Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*. Paris, France: L'Harmattan.
3. Aujla, N., & et al. (2016). *Can illness beliefs from the common-sens model prospectively predict adherence to selfmanagement behaviours?* Asystematic review and meta-analysis. *Psychology & Health*. doi:10.1080/80870446.2016.1153640
4. Baines, T., & Wittkowski, A. (2012). *A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 263-274. doi:10.1007/s10880-012-9337-9
5. Bouhlel, S., & al., e. (2013). *Evaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie*. *Encéphale*(39), 165-173. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2012.06.012
6. Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Concepts, stress, coping*. *Recherche en soins infirmiers*(67). Consulté le 03 07, 2019, sur <https://www.researchgate.net/publication/281575034>

7. Fergusson-White, C. A. (2008). *Self-regulation in multiple sclerosis: The role of illness cognitions and coping in adjustment*. **Doctoral thesis**, University of Stirling. doi:10.1177/0269215517695374
8. Ferreira, C., Gay, M., Regnier-Aeberhard, F., & Bricaire, F. (2010). *Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH*. *Annales Médico-psychologiques/ Revue psychiatrique/ Elsevier Masson*, 168(1), 25-33. doi:https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.09.005
9. Gauchet, A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH: Représentations et valeurs*. *Thèse de doctorat*, Université de Metz. Consulté le 04 13, 2018, sur <http://www.theses.fr/2005METZ001L>
10. Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Consulté le 05 24, 2019, sur http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf
11. Hagger, M., & Orbell, S. (2003). *A meta-analytic review of the common-sens model of illness representations*. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184. doi:10.1080/088704403100081321
12. Joly, P., Taieb, O., Abbal, T., Baubet, T., & Rose Moro, M. (2005). *Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe*. *Presses Universitaires de France/ La psychiatrie de l'enfant*(48), 537-575. Consulté le 07 26, 2018, sur <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-537.htm>

13. Kiderman, P., Setzu, E., Lobban, F., & Salmon, P. (2006). *Illness beliefs in schizophrenia*. *Social Science & Medicine*(63), 1900-1911. doi:10.1016/j.socscimed.2006.04.022
14. Lalande, A. A. (2016). *Relation entre la représentation de la maladie et le bien-être subjectif et psychologique, chez des patients atteints de cancer*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke. doi:https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/8930/Lalande_Audrey_Anne_DPs_2016.pdf?sequence=4
15. Laurent, M. (2013). *Requérants d'asile: Quelles représentations de la santé et de la maladie?* Mémoire de fin d'études, Université de Lausanne. Consulté le 06 23, 2018, sur https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_000000019630.P001/REF
16. Levesque, A. (2015). *Identité, culture et représentations de la santé et des maladies*. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 27(1), 35-56. doi:10.7202/1031241ar
17. Levesque, A., & Li, H. Z. (2014). *The relationship between culture, health conceptions, and health practices: A qualitative approach*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(4), 628-645. doi:10.1177/0022022113519855
18. Levesque, A., & Rocque, R. (2015). *Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada*. *Alterstice*, 5(1), 69-82. Consulté le 08 26, 2018, sur <https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/download/Alterstice5%281%29/137>
19. Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2003). *A review of the role of illness models in severe mental illness*. *Clinical*

- Psychology Review*(23), 171-196. doi:10.1016/S0272-7358(02)00230-1
20. Loignon, C. (2006). *Représentations de la maladie, des traitements et conduites thérapeutiques. L'expérience de l'asthme*. Thèse de doctorat, Université de Montréal . Consulté le 04 13, 2018, sur <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/t06-01.pdf>
21. Maire, A. (2012). *Les représentations émotionnelles de la maladie chez les proches aidants de personnes atteintes de schizophrénie. Mémoire de Master*, Université de Lausanne, et Haute école spécialisée de suisse occidentale. Consulté le 03 16, 2018, sur https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_F6E8C19C1F30.P001/REF
22. Mariage, A. (2001). *Stratégies de coping et dimensions de la personnalité: étude dans un atelier de couture*. *Presses Universitaires de France*(64), 45-59. Consulté le 10 21, 2018, sur <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2001-1-page-45.htm>
23. Mukau Ebwel, J., Kinsala Kinsala, C., & Mbayamvula Mawula, L. (2012). *Approche sémantique de la maladie mentale chez les ntandu*. Consulté le 05 12, 2019, sur <http://studylibfr.com/doc/3236438/approche-semantique-de-la-maladie-mentale-chez-les-ntandu>
24. Ogden, J., & Jubb, A. (2008). *How consistent are beliefs about the causes and solutions to illness?: An experimental study*. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 505-515. doi:10.1080/13548500701767361
25. Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. Dossier de presse*. Consulté le 05 13,

- 2020, _____ sur
http://www.who.int/whr/2001/média_centre/press_release/fr/
26. Papat, A. (2007). *La perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques. Mémoire de Master 1, Université de Toulouse-le-Mirail*. Consulté le 04 19, 2018, sur http://www.atoute.org/n/IMG/pdf/5_la_perception_de_la_maladie_et_le_coping_cher_les_personnes_fibromyalgiques.pdf
27. Villani, M., Flahault, C., Montel, S., Sultan, S., & Bungener, C. (2013). *Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches: Revue de littérature et illustration clinique. Bulletin de psychologie*(528), 477-487. doi:10.3917/bupsy.bupsy.528.0477
28. Witteman, C., Bolks, L., & Hutschemaekers, G. (2011). *Development of the illness perception questionnaire mental health. Journal of Mental Health*, 20(2), 115-125. doi:10.3109/09638237.2010.507685

