

L'fracognitif en ETP

André Giordan, professeur
LDES, université de Genève
Département Enseignement thérapeutique pour maladies chroniques,
HUG Genève

Lors de séances d'éducation thérapeutique, nombre de résistances peuvent être repérées chez le patient atteint d'un diabète ou d'un surpoids. Celles-ci peuvent être de nature cognitive, mais les plus rebelles sont implicites, rarement conscientes. On parle d'« infracognitif ».

Il n'est pas toujours possible de les dépasser dans un ou plusieurs entretiens. Pour les traiter, une stratégie complexe a été envisagée, mise en place et testée, elle se nomme « environnement motivationnel ».

Upon therapeutic education sessions, a number of resistors can be identified in patients suffering from diabetes or overweight. These can be cognitive, but the most rebels of them are more implicit, rarely conscious. We call that : "infracognitif". It is not always possible to overcome with one or more interviews. A complex strategy was considered, implemented and tested, it is called "motivational environment."

Infracognitif, éducation thérapeutique, patient, environnement motivationnel

Depuis plus de 30 ans, en marge de la médecine réparatrice – *evidence based médecine* -, une démarche plus « humaniste » est née. Elle se nomme « éducation thérapeutique du patient » ou « ETP ». Le patient y tient une place importante. Une première étape fut l'enseignement de notions sur la maladie et le traitement, à l'usage des patients atteints d'une pathologie chronique. Dans ce contexte, l'acteur principal de la situation éducative restait le soignant. Il se devait d'intervenir comme thérapeute, et en parallèle il dispensait un enseignement approprié sur la pathologie et sur les traitements, notamment pour éviter les complications.

Dans ce cadre, l'enseignement frontal fut – et reste – le plus souvent pratiqué. Pour faire passer son message, le soignant suppose qu'il lui suffit d'expliquer, éventuellement d'argumenter, en utilisant des illustrations (photos, schémas, matériel d'observation,...). En sus, le soignant peut proposer des activités qu'il fait devant ses patients ou qu'il fait faire à ces derniers, seuls ou en groupe, en direct ou à partir de fiches.

Cette ETP a fait globalement les preuves de son efficacité... Les diverses méta-analyses mettent en évidence une meilleure communication, une plus grande participation du patient aux décisions (Lagger et al 2009 <1>). En termes de morbidité : on constate une diminution du recours aux services d'urgences et à

l'hospitalisation (Assal et al 1993 <2>), une diminution de la survenue de complications¹ :

- « une diminution de 80 % des cas de coma diabétique,
- une réduction de 75 % des amputations des membres inférieurs
- diminution de 90 % de l'apparition ou de la progression des cas de cécité ».

Plus important encore, on constate une nette « amélioration de la qualité de vie » (Golay et al. 2007 <4>).

Toutefois, l'ETP rencontre encore un certain nombre de dysfonctionnements : non-observance, démotivation, contre-attitude, rechutes, non persistance des acquis dans le temps, peu de transfert hors du lieu de formation, etc.. qui découragent les soignants. Certains sont directement liés aux stratégies pédagogiques proposées. D'autres sont en lien avec le niveau où se situent les interventions. Le soignant argumente essentiellement sur le plan cognitif, en travaillant au mieux sur « ses croyances de santé ».

L'ETP et le modèle allostérique de l'apprendre

L'introduction du modèle allostérique dans les années 90 (Giordan 1987<5>, 1998<6>) bouleverse nombre de formations en ETP, sans bien sûr les modifier toutes. L'appropriation des savoirs s'articule sur un « travail » sur les conceptions² du patient. Ce dernier comprend, apprend et mobilise son savoir au travers des idées qu'il se fait, des démarches qu'il sait mobiliser. Ces dernières sont les seuls outils qu'il maîtrise ; c'est au travers d'elles qu'il décode sa réalité et les données mises à sa disposition. En même temps, elles sont ses « prisons » intellectuelles qui l'enferment. Un processus de déconstruction est ainsi à prioriser.

Les conceptions en fonction dans « la tête » de tout individu, rejettent généralement toutes informations qui n'entrent pas en résonance avec elles. L'individu n'entend vraiment que ce qui lui fait plaisir ou conforte ses positions. S'approprier un nouveau savoir, c'est donc intégrer de nouvelles données dans une structure de pensée déjà « en place » qui fait barrage.

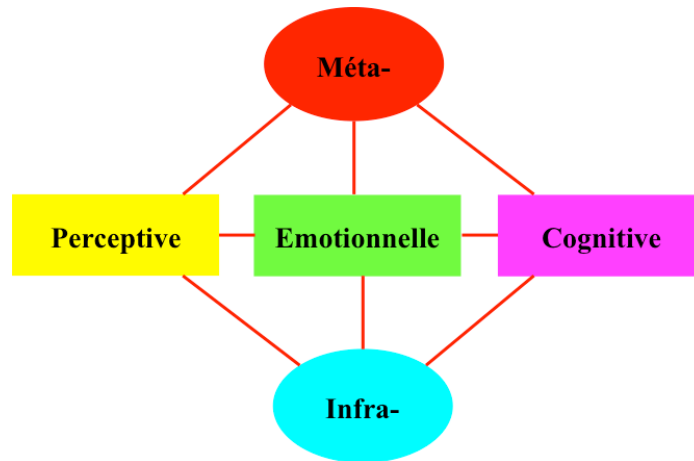
Une transformation du système de pensée est nécessaire et jamais immédiate. Elle ne peut être qu'un processus d'émergence né de l'interaction entre des éléments préalables –les conceptions du patient- et des informations apportées par la situation d'ETP.

Ce modèle montre que tout n'est pas purement cognitif. Cette « métamorphose » de la pensée n'est possible que si le patient le souhaite parce qu'il a saisi ce qu'il peut en faire et qu'il voit le "plus" que le nouveau savoir ou le nouveau comportement peut lui apporter. D'autres paramètres interfèrent qui nécessitent qu'une ETP prenne en compte les 5 dimensions du patient. En plus du niveau cognitif et du niveau émotionnel, il est indispensable de « travailler » :

- le niveau perceptif,
- le niveau métacognitif et
- le niveau infra cognitif.

¹ Patout 2000 <3> liste une série de diminution de complications concernant le diabète : ulcères du pied (-49 %), opérations du pied (-87 %), cécité (-90 %), arrêts maladie (-70 %).

² Chaque individu possède ses croyances propres et met en oeuvre des démarches personnelles pour apprendre. S'il n'en a pas directement sur la question abordée, il « manipule » d'autres idées afin de trouver un système explicatif qui lui convienne. Ce système de pensée, appelée *conception*, oriente la façon dont l'individu décode les informations, formule ses nouvelles idées et fait ses choix.



Les différentes dimensions d'une ETP
(Golay, Lager et Giordan, 2009 <10>)

Parmi toutes les dimensions qui interfèrent, le niveau infracognitif est le plus délicat : il n'est pas facile à repérer et complexe à « faire bouger ». Surtout, il est encore très peu souvent envisagé par les soignants.

Qu'appelle-t-on niveau infracognitif ?

Pour comprendre ou changer de comportement, comme indiqué ci-avant, le patient mobilise ses conceptions. Celles-ci ne sont pas neutres, elles s'appuient sur un certains nombres d'évidences, de convictions, de valeurs ou de raisonnements intimes que le patient n'explicite pas forcément, tellement ils sont patents pour lui. Ce sont en quelque sorte ses réflexes de pensée.

C'est sur ces automatismes que la personne fonde ses choix ou son action. Ils le conduisent à faire des inférences involontaires, machinales ou irrefléchies qui peuvent être autant d'obstacles. Le patient n'en a aucunement conscience ; or cet infracognitif est le soubassement incontournable de ses croyances de santé et de ses comportements. Dès lors, les conséquences ravageuses de ces singularités pénètrent l'ensemble de son existence.

Pour mieux comprendre l'importance de ces embasements, prenons un exemple historique hors de l'ETP. C'est souvent en travaillant avec le recul de l'histoire qu'on arrive à mieux les cerner. Entre le moment où on a découvert les gamètes à la fin XVIIème et celui où s'élabore le concept de fécondation (fin XIXème), deux siècles se sont écoulés, lors desquels une cinquantaine d'explications sur la conception des enfants ont été proposées. Avec le recul, on repère un obstacle principal ; il empêchait la formulation de la fécondation. Les chercheurs de l'époque ne pouvaient concevoir « comment 2 pouvaient faire 1 » ?... Comment deux structures aussi dissemblables qu'un spermatozoïde et un ovule pouvaient collaborer ou s'imbriquer pour former un embryon. Les difficultés principales ne venaient pas de l'anatomie, mais de cet implicite sous-jacent. Les chercheurs ne pouvaient dès lors que proposer des modèles où l'embryon venait de l'un ou de l'autre des gamètes !

En matière d'ETP sur le diabète ou sur l'obésité, nombres d'infracognitifs non explicités, non pris en compte, « bloquent » toute formation, et particulièrement les

changements de comportement. Ces distorsions naissent de la distance entre les savoirs présentés et les présupposés du patient nés dans l'expérience du quotidien ou basés sur des schémas profondément ancrés.

Quelques exemples d'infra chez les patients diabétiques

A côté des multiples difficultés conceptuelles, les patients atteints par un diabète possèdent moult infracognitifs. Le plus fréquent est : « *le sucre me fait mal, je n'en prends plus* ». Pourtant même avec un diabète, les glucides sont indispensables au bon équilibre de l'organisme. Ce raisonnement intime provient du fait que la plupart des individus fonctionnent implicitement de façon dichotomique : un produit est « bon » ou « mauvais ». Lorsque le raisonnement automatique est privé de nuances, tout ce qui n'est pas sans risque devient dangereux.

Ce type de raisonnement porte ici sur le « tout » ou « rien », il peut porter par ailleurs sur le « bien » et « mal », sur le « vrai » et « faux » ou « c'est l'un » ou « c'est l'autre ». Les exemples sont multiples ; le plus significatif dans ce dernier cas est la relation aux médicaments. « *Si je prends un médicament, je ne peux en prendre un autre* ». « *Si je me soigne avec des médicaments, pourquoi faire un régime ?* », « *pourquoi faire de l'activité physique ?* » ou encore « *faire un travail psychologique* » sur soi. Pour ces patients, si l'un est pertinent, l'autre est inutile... Certains vont encore plus loin dans cette dichotomie : « *je me soigne le corps, il ne sert à rien de soigner mon cerveau* » !

Cette dichotomie impensée conduit à la panacée d'une part et d'autre part à une surgénéralisation. Celle-ci peut aussi bien concerner le passé, le présent ou l'avenir qu'elle peut s'étendre à d'autres domaines plus ou moins en rapport avec l'événement. « *Ce médicament me fait du bien, j'en prends plus* ». Ici « *plus* » égale « *mieux* », l'idée d'optimum ne peut être prise en compte. « *Un produit qui fait du bien ne peut pas faire mal* » !

A côté de ses réflexes intimes de pensée, l'infracognitif d'un diabétique peut porter sur des évidences instinctives ou authentiques :

- « *Je mange naturel... pas de problème (de sucre) !* »

- « *Je mange bio... donc je peux en manger autant que j'en veux... cela ne me fera pas grossir* »

Chaque fois, la personne induit son comportement sur un supposé truisme. Rarement, elle peut expliciter son raisonnement caché ou argumenter son syllogisme. Tout au plus, peut-elle discourir parce qu'on lui demande de discuter sa prise de décision.

En parallèle, la survenue de la maladie peut entraîner machinalement d'autres infracognitifs comme la disqualification du positif : « *pas pour moi...* ». Plus que d'un *a priori* négatif, le patient est conduit inconsciemment au rejet systématique du caractère positif d'un événement. Par contre, tout événement négatif sera en revanche « *bien mérité* ». Cet autre type de raisonnement intime constitue un puissant renforçateur de la dépression tant elle conduit le patient à se priver des conséquences positives d'une action.

Des scénarios désastreux peuvent se construire sur la base d'un simple incident sans gravité dans la prise d'un médicament, et conduire à « *s'en faire une montagne* » : « *Je ne serai jamais suffisamment solide pour traiter mon diabète* ».

Et chez les patients en fort sur-poids ?

Cette dimension infracognitive est également prédominante chez le patient en fort surpoids. On retrouve les mêmes modes de raisonnements intimes décrits ci-avant. Comme le patient atteint par un diabète, ils ont une tendance à être dans le « *tout ou rien* », et donc à faire un régime trop restrictif et à l'abandonner aussi rapidement, à ne pas faire d'activités physiques ou à en faire trop. Notamment certains peuvent se mettre à courir en permanence au risque de perdre du muscle et à abandonner rapidement, plutôt que de mettre en place des activités de plus longues durées.

D'autres patients peuvent connoter leur surpoids d'un certain nombre d'avantages que nous formulerons à la place de la manière suivante :

- C'est une manière d'exister : être en surpoids, c'est être "*jovial*", "*inoffensif*", "*dévoué*", "*aimable*",... ou encore dans les cultures africaines : "*pas malade*". Le patient implicitement se justifie, et ses infracognitifs peuvent empêcher toute modification de comportement.
- Ce peut être encore une manière de légitimer un "mal-être", une maladresse relationnelle ou corporelle ou de se protéger d'un traumatisme sexuel ancien...

Ce type de distorsion infracognitive typique peut conduire à mettre « *la barre trop haut* ». La personne se met à rechercher des objectifs trop importants, voire irréalisables, tenant du miracle et à arrêter à la moindre difficulté. « *J'ai fait un écart, ça ne vaut plus la peine de continuer le régime* ».

De plus, ils ont très fréquemment des réflexes de pensée négatifs qui les démolissent continuellement. Ils peuvent avoir inférer implicitement qu'ils sont « *nuls* », « *moches* », « *pas capables* ». Ces éléments infracognitifs conduisent le patient à avoir des pensées destructrices, ils entraînent des compulsions, des arrêts de régimes et bien entendu un « cercle vicieux » avec aggravation des pensées négatives.

Comment prendre en compte et transformer les infracognitifs ?

Dans les troubles alimentaires, ces distorsions infracognitives interviennent de multiples façons. Des dires tels que « *La nourriture est ma seule consolation* » ou « *Lorsque je mange, je dois absolument me faire vomir.* » sont souvent entendues. Elles ne reposent sur aucun raisonnement objectif ; ces inférences sont le fruit d'implicites ressentis ou supposés inconsciemment. Or ces raisonnements intimes entretiennent un fort malaise face aux aliments et à la privation.

Avant de pouvoir conseiller sur l'alimentation d'une personne, une ETP pertinente doit réussir à « contrer » ses automatismes tordus. Ils sont très délétères pour suivre un équilibre alimentaire, et surtout pour maintenir une perte de poids à long terme. Connaître les soubassements de la pensée du patient permet d'ajuster l'action éducative pour mieux motiver le patient et améliorer l'adhérence au régime.

Toutefois les pratiques habituelles sont limitées, il ne suffit pas pour le soignant ou le patient de les connaître ; de plus, les arguments cognitifs ont rarement prise. Ces schémas infracognitifs ne peuvent se régler dans un cadre frontal ou constructiviste, à travers par exemple la thèse des « schémas cognitifs » d'Aaron Beck (2004 <7>) ou à travers des thérapies type psychanalyse ou thérapies cognitivistes. Même l'entretien motivationnel, très en vogue actuellement présente des limites.

En effet, nombre des obstacles que traduisent ses éléments infracognitifs sont :

- de nature épistémologique : il s'agit d'un rituel de non-pensée dépendant d'une culture ;

- de nature anthropologique : il s'agit d'un certain regard sur le monde qui peut être transmis socialement ou familialement ;

- de nature éthique : il s'agit de valeurs, d'importance accordées par le patient. Ils peuvent être liés ou renforcés par des peurs, des ressentis, des affects ou des métacognitions, c'est-à-dire une certaine approche du savoir, du comportement ou de l'action.

Ce n'est donc pas seulement en travaillant avec ses mots sur ses idées ou ses souvenirs qu'une personne pourra sortir de ses obstacles sous-jacents. De même, le rôle du soignant ne peut se limiter à permettre au patient de prendre conscience de ses schèmes pour l'amener à envisager d'autres options, d'autres façons de voir, de manière plus rationnelle et moins stéréotypée. Par exemple, face à ce type de difficulté, une analyse coût-bénéfice à l'aide d'un tableau à deux colonnes comme il est souvent conseillé ne conduit pas toujours à une représentation plus rationnelle.

Un « environnement motivationnel »³ est à introduire dans la pratique d'ETP (Lagger et al. 2013 <8>). A travers un tel environnement, le patient peut initier une démarche active (« *se soigner* ») et non plus une démarche passive d'aller « *se faire soigner* ». Il devient « *auteur* » de sa santé (Giordan 2016 <9>). Il peut changer de comportement alimentaire et introduire des activités physiques et non plus « *se faire maigrir* ». A travers ce début de dynamique, le patient peut alors évoluer, en s'éloignant de plus en plus d'une vision d'aide miraculeuse externe.

L'observance du régime peut être améliorée en plus en tenant compte simultanément des vécus, des croyances, de l'expérience et de l'entourage, etc.

1. L'ENM est conçu comme un système d'interactions complexe entre le patient et un environnement éducatif.

2. L'ENM prend en compte simultanément les 5 dimensions de la personne malade (cognitif, émotionnel, ressentis, métacognitif, infracognitif).

3. L'ENM introduit un système de situations et de ressources propres à interférer avec les conceptions et les résistances du patient. Tout à la fois, elles doivent interpeller, ébranler les conceptions du patient et l'accompagner pour lui permettre d'en élaborer de nouvelles et surtout les mettre en pratique.

4. L'ENM induit une dynamique de mobilisation au quotidien, en œuvrant simultanément dans 4 directions principales :

- pour faire émerger la personne ;
- pour qu'elle puisse se mobiliser ;
- pour mettre en place un projet ;
- dans une démarche de ressenti et de mise en mouvement du corps.

Les 4 directions de « travail » d'un ENM

(Golay, Lagger et Giordan, 2009 <10>)

³ Le modèle allostérique n'est pas seulement un modèle descriptif permettant de comprendre comment le patient atteint d'un diabète ou en voie d'obésité apprend. Il introduit un environnement didactique pour apprendre et un environnement motivationnel pour faciliter les changements de comportement.

La réussite d'un régime va dépendre ainsi énormément des infracognitifs des patients. Autrement, leurs pensées automatiques négatives sabotent continuellement le suivi : « *je n'y arriverai jamais, je suis nul, je suis moche* ». Cette façon négative de penser vient d'une mauvaise estime de soi, d'une éducation délétère et d'une souffrance profonde.

Ces raisonnements intimes engendrent une culpabilité qui est malheureusement trop fréquente dans le processus d'échec des régimes. La culpabilité peut encore provenir d'un événement traumatique de vie et elle est souvent auto-entretenu par un comportement alimentaire compulsif et par la reprise de poids après des régimes restrictifs.

Il en sera de même pour sa pensée dichotomique ou ses plus implicites. Pour tous ces points, il s'agit de mettre en place des situations, des activités non uniquement verbales (jeux de rôle, photolangage, théâtre interactif,..) et des ressources (art-thérapie, hortothérapie,...), qui permettent au patient de travailler sur lui-même dans les quatre directions décrites ci-dessus. Toutefois, il ne le pourra qu'en faisant « avec (ses infracognitifs) pour faire contre » (Golay et al. <10>; Giordan, Golay <11>).

Bibliographie

- <1> Lager G., Pataky Z., Golay A., Efficacité de l'éducation thérapeutique, *Rev Med Suisse* 2009 ; 688-690
- <2> Assal JP., Lbeanu A., Peter-Riesch B., The cost of training adiabeticpatient: effects on prévention of amputation. *Diab Metab*, 1993;19:491-5
- <3> Patout CA et al. *Diabetes Care* 2000; 23:1339
- <4> Golay A, Lager G, Giordan A. L'éducation thérapeutique en 4 dimensions pour changer de comportement. *J Diabète Education de Langue Française* 2007 ; 17:8-11
- <5> Giordan A. et De Vecchi G., *Les origines du savoir*, Delachaux, Neuchatel, 1987, réédition Ovidia 2010
- <6> Giordan, A., *Apprendre !* Belin, 1998, nlle édition alpha 2016
- <7> Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* 2nd Ed. Guilford Publication Inc. New York.
- <8> Lager G., Sittarame F., Lasserre-Moutet A., Chambouleyron M., Giordan A. et Golay A., La dimension infra-cognitive peut interférer avec l'apprentissage, *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2013; 5(2): 219-227
- <9> Giordan A., *Trente ans sans médicament*, Lattès, 2016
- <10> Golay A, Lager G, Giordan A., *Comment motiver le patient à changer ?* Paris: Maloine; 2009.
- <11> Giordan A. et Golay, A., *Bien vivre avec sa maladie*, Lattès, 2013

André Giordan est physiologiste et épistémologue. Professeur à l'université de Genève, Il est connu pour ses travaux sur les conceptions et les modèles de l'apprendre. Depuis 25 ans, il collabore avec le Département d'Enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG, dirigé par le Professeur Alain Golay.