

**POURQUOI NE SOMMES-NOUS PAS OBSERVANTS ?  
LA DISTANCE PERÇUE À L'ÉGARD DE LA MALADIE, UNE NOUVELLE  
GRILLE DE LECTURE**

Patrice Cottet  
Université de Reims, REGARDS  
[patrice.cottet@univ-reims.fr](mailto:patrice.cottet@univ-reims.fr)

Jean-Marc Ferrandi  
Oniris, LEMNA  
[jean-marc.ferrandi@oniris-nantes.fr](mailto:jean-marc.ferrandi@oniris-nantes.fr)

Marie-Christine Lichtlé  
Université de Montpellier, MRM  
[marie-christine.lichtle@umontpellier.fr](mailto:marie-christine.lichtle@umontpellier.fr)

Véronique Plichon  
Université François-Rabelais Tours, VALLOREM  
[veronique.plichon@univ-tours.fr](mailto:veronique.plichon@univ-tours.fr)

Auteur de correspondance :

Jean –Marc Ferrandi, ONIRIS, Rue de la Géraudière, CS 82223, 44322 NANTES Cedex 3  
Tél : 02 51 78 54 47 / Fax : 02 51 78 54 38

## POURQUOI NE SOMMES-NOUS PAS OBSERVANTS ? LA DISTANCE PERÇUE À L'ÉGARD DE LA MALADIE, UNE NOUVELLE GRILLE DE LECTURE

En raison des coûts humains et financiers de la non-observance des malades chroniques, il est indispensable de chercher à en comprendre les raisons. Alors que les programmes d'éducation thérapeutique se multiplient, comment expliquer cette non-alliance et y remédier ? Introduire la théorie du niveau de construit (Trope et Liberman, 2010) peut permettre d'éclairer sous un angle nouveau la non-observance, notamment nutritionnelle. C'est l'objet de notre recherche. Certaines personnes ont une tendance naturelle au présent et éprouvent des difficultés à se projeter dans un futur lointain : ils préfèrent les choix immédiats et concrets aux choix lointains et abstraits qui sont favorables à une observance (Naudin et al., 2018). La plupart des individus privilégient une récompense immédiate moins intéressante à une récompense plus importante mais plus tardive. Ainsi, dans le cas du diabète, la non-observance pourrait s'expliquer par cette préférence. Les patients ayant une forte distance à l'égard de leur maladie et des recommandations médicales qui leur sont faites devraient avoir plus de mal à suivre les recommandations du corps médical (Reach, 2018).

La théorie de Trope et Liberman (2010) permet de mieux comprendre la manière dont les individus pensent, se représentent leurs actions et prennent leurs décisions. Les personnes forment des construits mentaux qui varient selon leur niveau d'abstraction. Plus le niveau d'abstraction est important, plus le construit mental est abstrait et renvoie aux buts de l'action (son pourquoi). A l'inverse, plus le niveau d'abstraction est faible, plus le niveau de construit est concret et renvoie aux détails de l'action (le comment). Ce niveau dépend de la distance psychologique (spatiale, sociale, hypothétique, temporelle), à laquelle un individu perçoit une action.

Compte tenu de la rareté des travaux sur la distance dans un cadre médical, notre recherche est de nature exploratoire. Nous avons conduit de ce fait 20 entretiens semi-directifs, articulés autour de quatre thèmes (mise en situation, relation au temps, interactions sociales possibles, incidences de la maladie) dont l'analyse avec le logiciel Alceste a permis l'identification de quatre classes d'énoncés significatives. **La classe 1** (16,57% du corpus traité) se caractérise par la présence dominante de verbes soulignant la volonté de l'action et une forme de résilience face aux conséquences réelles ou imaginées de la maladie. **La classe 2** (16,57%) identifie les modifications concrètes qu'il convient de mettre en œuvre pour recouvrer un meilleur état de santé. La distance psychologique est ici plus concrète que dans la classe 1. **La classe 3** (8,58%) traduit la distance sociale souhaitée par les répondants. Cette distance est marquée par l'éloignement des « pairs » mais aussi par une recherche de proximité avec les membres de la famille et avec la communauté médicale. **La classe 4** (58,28%) regroupe le champ lexical de l'univers hospitalier. Elle est à relier aux distances spatiale (proximité des lieux de soins) et temporelle (fréquence des suivis médicaux).

Pour conclure, il apparaît que la distance psychologique constitue bien une variable explicative de la non-observance des patients. Son absence de prise en compte pourrait éclairer les résultats divergents de la littérature. Cela constitue l'apport théorique de notre recherche.

Naudin D, Gagnayre R et Reach G (2018) Les bases neuro-économiques de l'observance, *Médecine des maladies métaboliques*, 12, (6) : 481-486.

Reach G (2008) Patient non-adherence and health-care-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes & Metabolism*, 34:382-385.

Reach G (2018) Les bases philosophiques de l'observance, *Médecine des maladies Métaboliques*, 12, (6) : 473-479.

Trope Y et Liberman N (2010) Construal level theory of psychological distance, *Psychological Review*, 117(2): 440-463.