

**LES EFFETS DE LA DISTANCE PERÇUE ET DU NIVEAU DE CONSTRUIT SUR
L'ATTITUDE ET LE COMPORTEMENT :
LE CAS DU RÉGIME ALIMENTAIRE DE MALADES CHRONIQUES**

Patrice Cottet
Université de Reims, REGARDS
patrice.cottet@univ-reims.fr

Jean-Marc Ferrandi
Oniris, LEMNA
jean-marc.ferrandi@oniris-nantes.fr

Marie-Christine Lichtlé
Université de Montpellier, Montpellier Management, MRM
marie-christine.lichtle@umontpellier.fr

Véronique Plichon
Université François-Rabelais Tours, VALLOREM
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

LES EFFETS DE LA DISTANCE PERÇUE ET DU NIVEAU DE CONSTRUIT SUR L'ATTITUDE ET LE COMPORTEMENT : LE CAS DU RÉGIME ALIMENTAIRE DE MALADES CHRONIQUES

Introduction

En France, d'après l'IPVS les malades chroniques représentent près de 20 % de la population. Les maladies chroniques les plus fréquentes (ex : le diabète de type 2, l'obésité, les maladies cardiovasculaires etc.) sont étroitement reliées à la surcharge pondérale et nécessitent, en conséquence, de suivre un régime alimentaire approprié. Pourtant, 80 % des malades ne suivent pas leurs prescriptions diététiques (Lamouroux et al., 2005).

Alors que les programmes d'éducation thérapeutique se multiplient, comment pouvons-nous expliquer cette non-observance irrationnelle ? Comment pouvons-nous y remédier ? Malgré les multiples tentatives d'explication, les résultats sont décevants (Sapkota et al., 2015). Après leur méta-analyse, Nieuwlat et al., (2014) ont conclu que : « *les effets sont incohérents d'une étude à l'autre... Les méthodes actuelles d'amélioration de l'observance¹ [...] sont pour la plupart peu efficaces* ». Peut-être serait-il nécessaire de changer notre perspective de recherche et de supposer, comme Reach (2018), que la non-observance est l'option par défaut, c'est à dire « *un phénomène naturel dans la mesure où les individus donnent souvent leur préférence au présent plutôt qu'au futur [...] l'hypothèse serait que la non-observance est liée à une incapacité, pour certains patients, de donner la priorité à l'avenir* ». Introduire la théorie du niveau de construit (Trope et Liberman, 2003) permettrait ainsi d'éclairer sous un angle nouveau la non-observance, notamment celle du régime alimentaire, chez les patients chroniques. C'est l'objet et l'apport de ce travail de recherche.

Pour ce faire, après un état de l'art sur la non-observance et ses antécédents, nous montrerons en quoi la théorie du niveau de construit peut enrichir le cadre conceptuel et expliquer éventuellement les résultats contradictoires des recherches antérieures. Une étude empirique permettra ensuite de montrer l'intérêt d'intégrer la distance envers le régime et le niveau de construit pour expliquer le comportement alimentaire de malades chroniques. Les limites et voies de recherche seront présentées en conclusion.

1. La théorie du niveau de construit, une nouvelle grille d'analyse de la non-observance

L'observance doit être envisagée comme « un comportement général » par lequel le patient, de manière globale, suit un comportement protecteur pour sa santé sous tous ses aspects (prise de médicaments, régime alimentaire, auto-surveillance, pratique sportive etc.) (Simpson et al., 2015). Pour expliquer l'observance, plusieurs variables ont été mises en évidence (Kardas et al., 2013) :

1. les caractéristiques individuelles : les variables sociodémographiques, culturelles, les facteurs psychosociologiques et anthropologiques, les motivations, la connaissance, les croyances et les attitudes face à la maladie, la perception du risque, la gravité de la pathologie, les représentations mentales sur les médicaments... (Kulkarni et al., 2006 ; Mbaye et al., 2013 ; Allaer, 2004 ; Ferreira et al., 2010) ;
2. les facteurs environnementaux avec le rôle de l'entourage et des aidants (Allaert, 2004) ;
3. les caractéristiques de la thérapie avec notamment le protocole médicamenteux (Jackevicius et al., 2008 ; Kulkarni et al., 2006), les séjours à l'hôpital (Gehi et al., 2007), le prix du médicament et son remboursement (Eaddy et al., 2012) ;

¹ Les auteurs n'utilisent pas toujours la même terminologie. L'observance pouvant être associée à l'obéissance, certains lui préfèrent le terme d'adhésion (acte volontaire d'implication) ou d'adhérence (évoquant un état) voire d'alliance thérapeutique.

4. les variables en relation avec les acteurs participant aux soins (médecins, équipe de soin, pharmaciens...) (Reach, 2006 ; Miramond, 2012).

Selon Schillinger et al., (2003) et Peel et al., (2007), la non-observance s'explique par un défaut de compréhension. Elle peut aussi être un mécanisme de défense notamment le déni provoqué par la peur de la maladie (Witte, 1994). Elle peut être également la conséquence d'un phénomène de réactance, l'individu refusant de suivre les indications du traitement pour retrouver le contrôle et la liberté de ses actes (Fogarty, 1997). Le malade peut être aussi dans l'incapacité d'accomplir les actes demandés, par exemple, s'il manque de ressources (ex : précarité sociale). Enfin, point sur lequel se focalisera notre recherche, un manque de motivation peut apparaître chez certains individus. En effet, « *la récompense de la non-observance est une récompense abstraite et portant sur du long terme [...] alors que le fait d'être non-observant peut être ressenti comme associé à un plaisir concret et immédiat [...] ainsi donner la priorité au futur pourrait bien être la condition de l'observance dans les maladies chroniques* » (Reach, 2013).

Reach (2008) parle ainsi de myopie clinique de la non-observance thérapeutique. Or, certains individus, physiologiquement ou génétiquement, 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 rendent l'observance possible (Naudin et al., 2018). De manière naturelle, la majorité des personnes privilégie la récompense immédiate moins intéressante qu'une récompense plus importante mais plus tardive. Dans le cas du diabète, par exemple, une corrélation entre l'impatience des diabétiques et l'observance a déjà été montrée (Reach et al., 2011 ; Reach et al., 2018), l'impatience est, par ailleurs, corrélée aux préférences alimentaires (Bénard et al., 2018). Toutefois, très peu de travaux ont essayé d'expliquer ces résultats.

Pourtant, les neurosciences ont mis en évidence l'activation de régions différentes selon la temporalité d'un événement. Selon Reach (2018), il existe une compétition entre un système impulsif primitif (amygdale et noyau accumbens) et un système exécutif présent au niveau du cortex préfrontal. Or, les fonctions exécutives demandent de l'énergie et représentent un coût cognitif important (être attentif, planifier...) et sont souvent mises à mal par l'état du patient (fatigue, dépression, stress). Une surcharge cognitive va détourner le malade de ses objectifs de long terme et l'inciter à privilégier une récompense immédiate. Reach (2009) parle d'un affaiblissement de la volonté, Snoek et Skinner (2006) d'un burnout de la maladie. Il existerait donc « une physiopathologie mentale » qui expliquerait l'observance et la non-observance des malades.

De notre point de vue, tous ces travaux font écho à la théorie des niveaux de construit de Trope et Liberman (2003, 2010). Cette théorie permet de mieux comprendre comment 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 donc complexe et non structuré. Il renvoie aux objectifs et buts de l'action. A l'inverse, plus le niveau d'abstraction est faible, plus le niveau de construit est concret. Le construit est simple et cohérent et renvoie aux détails de l'action. En se fondant sur la théorie de niveaux de représentation, plusieurs chercheurs (Fujita et al., 2016 ; Trope et Liberman, 2003, 2010 ; Pahl et Bauer, 2013 ; Bashir et al., 2014 ; Soderberg et al., 2015) ont ainsi montré que les objets (ou événements) avec un niveau de construit plus concret, tendent à favoriser l'impression de faisabilité de l'action et entraînent une attitude à l'égard de l'action et un comportement plus positifs. Ces résultats ont été appliqués à notre champ de recherche et ont été enrichis par une étude qualitative (Auteurs, 2017). Ils permettent de rédiger deux hypothèses :

H1 : Plus le régime alimentaire est concret pour le malade, plus il a une attitude favorable envers le régime.

H2 : Plus le régime alimentaire est concret pour le malade, plus il est observant dans son régime.

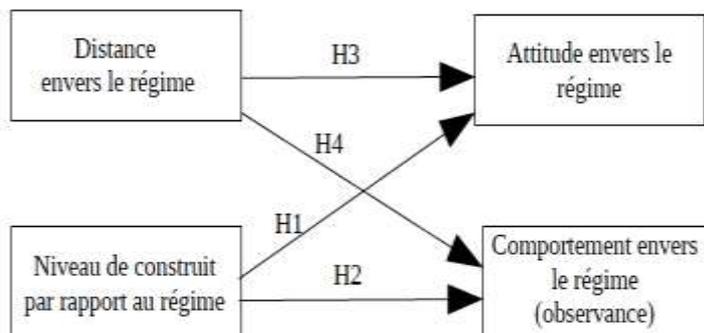
Par ailleurs, le niveau de construit (concret versus abstrait) dépend de la distance psychologique, distance à laquelle un individu perçoit un objet ou une action. Cette distance comprend quatre dimensions (temporelle, spatiale, sociale et hypothétique) et a de lourdes conséquences sur les jugements, décisions et comportements en changeant la manière dont l'individu interprète cet objet ou cette action. Nous pouvons en déduire deux nouvelles hypothèses :

H3 : Plus la distance envers le régime alimentaire est importante, moins le malade a une attitude favorable envers le régime.

H4 : Plus la distance envers le régime alimentaire est importante, moins le malade est observant dans son régime.

Cette grille d'analyse n'avait pas encore été utilisée pour expliquer la non-observance des malades chroniques. Le modèle théorique est présenté sur la figure 1. Les effets d'interaction entre les deux variables explicatives ont également été vérifiés, ce qui n'avait pas été fait auparavant.

Figure 1 : Le modèle théorique



2. L'étude et ses résultats

Afin de tester l'effet de la distance par rapport au régime et du niveau de construit sur les attitudes et les comportements, 271 personnes ont été interrogées. Elles suivaient un régime alimentaire, pour des raisons variées (hypertension, allergie, cholestérol, diabète, surpoids, obésité etc.). La durée prévue du régime variait beaucoup entre les répondants. Les échelles de mesure utilisées sont des échelles provenant de la littérature : échelle de Putrevu et Lord (1994) pour l'attitude envers le régime, échelle de Bergami et Bagozzi (2000) pour la distance par rapport au régime et d'une phase qualitative pour le comportement d'observance (échelle mono-itém, proche de la mesure de l'intention de comportement de Putrevu et Lord, 1994). Afin d'appréhender le niveau de représentation des répondants quant à leur régime alimentaire, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Borovoi et al., (2017), de Truong (2019) et de notre étude qualitative. Nous avons ainsi pu construire un instrument de mesure du niveau de concrétude ou d'abstraction (voir l'annexe 1 pour un aperçu des principales échelles).

Les échelles multi-itéms ont été testées et validées dans notre contexte à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire. Tous les résultats sont satisfaisants. Par la suite, les scores factoriels standardisés de 0 à 100 à la suite d'une procédure de bootstrap avec 500 itérations ont été sauvegardés pour mener à bien les tests des hypothèses de recherche.

Afin de tester les hypothèses et de prendre en compte d'éventuels effets d'interaction entre les variables, une analyse multivariée de variance a été menée. Les variables explicatives

ont été recodées en deux catégories : concret et abstrait pour le niveau d'abstraction ; faible et forte distance. Les résultats confirment les hypothèses H3 ($p = 0,000$) et H4 ($p = 0,000$) : plus la distance à l'égard du régime est forte, moins le malade a une attitude favorable envers le régime et moins il est observant. L'hypothèse H2 est également confirmée : plus le régime est concret pour le malade, plus il est observant ($p = 0,000$). La relation entre le niveau d'abstraction et l'attitude envers le régime (H1) est significative seulement au seuil de 10 % : plus le régime est concret, plus l'attitude envers le régime est favorable. Par ailleurs, aucun effet d'interaction entre le niveau de construit et la distance perçue à l'égard du régime n'a été significatif.

Ces résultats confirment que le niveau de représentation est bien un facteur explicatif des comportements. Plus ce niveau est concret, plus les individus sont dans l'action. A l'inverse, plus ce niveau est élevé, moins ils sont engagés et plus ils ont du mal à adopter certains comportements, notamment ceux devant être suivis quotidiennement.

De manière similaire, la distance perçue à l'égard du régime a bien des effets sur l'attitude envers le régime et l'observance. Pour inciter les malades chroniques à suivre un régime, il est donc recommandé de rendre le plus possible les recommandations du personnel médical concrètes et d'essayer de faire en sorte de limiter la distance perçue entre le malade et le régime.

Cette recherche a différents apports théoriques et managériaux.

Sur le plan théorique, si les recherches portant sur l'observance, notamment alimentaire, tendent à se développer, l'explication de la non-observance par le niveau d'abstraction et par une trop grande distance perçue est nouvelle. Il était important de pouvoir tester le pouvoir explicatif de cette grille d'analyse qui n'avait pas encore été utilisée dans ce contexte. Les variables explicatives introduites (niveau de construit et distance perçue) n'avaient pas encore été mises en relation avec les variables à expliquer prises en compte dans cette recherche.

Sur le plan managérial, nos résultats permettent de donner quelques recommandations pour faciliter l'observance des malades. Si le niveau d'abstraction est trop élevé, une non-observance est probable. Les conseils du personnel médical doivent donc être le plus concrets possibles, afin de pouvoir être mis en œuvre facilement. C'est l'orientation que prennent de nombreux traitements thérapeutiques depuis plusieurs années. Nos résultats démontrent scientifiquement l'intérêt de ce type d'action. Par ailleurs, le fait que la distance perçue à l'égard du régime ait un effet positif sur l'attitude et le comportement à l'égard du régime peut inciter à impliquer concrètement le patient dans la définition de son régime et à préciser avec lui la meilleure manière de le mettre en œuvre dans sa vie quotidienne. Il est possible que ce type d'action puisse permettre une réduction de la distance perçue par le patient à l'égard du régime. C'est donc grâce à une co-création entre équipe médicale et patient que les chances de succès seront maximisées.

Cette recherche présente des limites, qui laissent entrevoir des voies de recherche futures. En premier lieu, il s'agit de la première étude quantitative ayant mis en relation ces variables. Des relations simples ont donc été testées. Il serait intéressant, à l'avenir, d'aller plus loin, notamment en vérifiant le lien entre distance et niveau de construit ou en introduisant d'autres variables explicatives, comme, par exemple, la distance envers la maladie, le risque perçu de ne pas suivre son régime ou la « propriété psychologique » qui consiste à faire soi un objet, en l'occurrence ici, les recommandations alimentaires. En effet, Mifsud et al., (2019) ont démontré que cette dernière variable, notamment au travers de la participation du patient, de la connaissance de son programme thérapeutique et du contrôle qu'il exerce, augmentait le suivi des prescriptions médicales.

Un modèle complet pourrait également être testé en utilisant d'autres types d'analyse statistiques. Des méthodes d'équations structurelles pourraient être utilisées si les variables sont métriques.

En second lieu, si le comportement réel du patient et non une intention de comportement a été mesuré, l'instrument utilisé était global. Or, il est probable que le suivi du régime varie de jour en jour. Il serait intéressant, à l'avenir, de compléter cette étude en utilisant d'autres types de mesure. La technique du journal de bord serait intéressante dans une approche longitudinale afin d'identifier les périodes de variation.

Au final, cette recherche pourrait être enrichie. Elle montre que les travaux sur l'observance nutritionnelle offrent de nombreuses perspectives pour l'avenir.

Références

- Allaert FA (2004) Influence du profil sociodémographique et clinique des patients dyslipidémiques sur leur adhésion aux règles d'hygiène alimentaire associées au traitement hypocholestérolémiant, Enquête Nutivast, *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 53: 279–89.
- Bashir NY, Wilson AE, Lockwood P, Chasteen AL et Alisat S (2014) The time for action is now: subjective temporal proximity enhances pursuit of remote-future goals. *Social Cognition* 32(1): 83-93.
- Bénard M, Baudry J, Méjean C, Lairon D et al. (2018) Association between time perspective and organic food consumption in a large sample of adults. *Nutrition Journal* 7(1): 1.
- Bergami M et Bagozzi RP (2000) Self-categorization, affective commitment, and group self-esteem as distinct aspects of social identity in the organization. *British Journal of Social Psychology* 39: 555-577.
- Borovoi L Rezlescu C et Vlaev I (2017) The psychological construal of health behaviors, *European Review of Applied Psychology* 67(5): 223-230.
- Eaddy MT, Cook CL, O'Day K, Burch SP et Cantrell C.R. (2012) How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes. A literature review. *Pharmacy and Therapeutics* 37: 45-55.
- Ferreira C, Gay MC, Regnier-Aeberhard F et Bricaire F (2010) Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminantes de l'observance chez les patients VIH. *Annales Médico-Psychologiques* 168: 25-33.
- Fogarty JS (1997) Reactance theory and patient non-compliance. *Social Science & Medicine*, 45: 1277-88.
- Fujita K, Trope Y et Liberman N (2016) *Far: A Construal Level Theoretic Approach*. *The Wiley Blackwell Handbook of Judgment and Decision Making* 2(1) 404.
- Gehi AK, Ali S Na B et Whooley MA (2007) Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study. *Archives of Internal Medicine* 167,1798–803.
- Jackevicius CA, Li P et Tu JV (2008) Prevalence, predictors and outcomes of primary non adherence after acute myocardial infarction. *Circulation* 117: 1028–1036.
- Kardas P, Lewek P et Matyjaszczyk M (2013) Determinants of patient adherence ; a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology, Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research* 4(91): 1-16.
- Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle B, Heiss G et Peterson ED (2006) Long term adherence with cardiovascular drug regimens. *American Heart Journal* 151: 185–191.

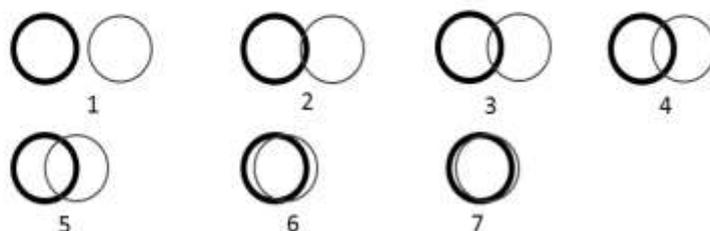
- Lamouroux A, Magnan A et Vervloet D (2005) Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ?, *Revue des Maladies Respiratoires* 22, 31-34.
- Mbaye A, KoukabaNtontolo FL, Diomou AF, Bodian M, Ndiaye MB, Kane A, Yaméogo NV, Pessinaba S, Sarr SA, Dioum M, Thiam A, Hakim R, Diao M, et Kane A (2013) Prévalence et facteurs liés à l'observance thérapeutique chez des patients noirs africains coronariens stables, suivis en ambulatoire en service de cardiologie de Dakar au Sénégal. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 62: 17–21.
- Mifsud M, Molines M, Cases AS et N'Goala G (2019) It's MY health care program: Enhancing patient adherence through psychological ownership, *Social Science & Medicine* 232: 307-315.
- Miramond M (2012) *Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des dyslipidémies : de la sécurisation à l'accompagnement*. Thèse en pharmacie, Faculté de Pharmacie de Grenoble.
- Naudin D, Gagnayre R et Reach G (2018) Les bases neuro-économiques de l'observance. *Médecine des maladies métaboliques* 12(6): 473-479.
- Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A et Haynes RB (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, CD.
- Pahl S et Bauer J (2013) Overcoming the distance: Perspective taking with future humans improves environmental engagement. *Environment and Behavior* 45(2): 155-169.
- Peel E, Douglas M et Lawton J (2007) Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: longitudinal qualitative study of patients' perspectives. *British Medical Journal* 335(7618): 493.
- Putrevu S et Lord KR (1994) Comparative and non comparative advertising: attitudinal effects under cognitive and affective involvement conditions. *Journal of Advertising* 23(2): 77-91.
- Reach G (2006) *Clinique de l'observance, l'exemple des diabètes*, Paris : John Libbey Eurotext.
- Reach G (2008) Patient non-adherence and health-care-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes & Metabolism* 34: 382-385.
- Reach G (2009) Obstacles to patient education in chronic diseases: a trans-theoretical analysis. *Patient Education and Counseling* 77(2): 192-196.
- Reach G (2013) *Non-observance dans le diabète de type 2*, Presse Médicale, 42: 886-892.
- Reach G (2018) Les bases philosophiques de l'observance. *Médecine des maladies Métaboliques* 12: 473-479.
- Reach G, Michault A et Bihan H (2011) Patients' impatience is an independent determinant of poor diabetes control. *Diabetes & Metabolism* 37(6): 497-504.
- Sapkota S, Brien JA, Greenfield J et Aslani P (2015) A systematic review of interventions addressing adherence to anti-diabetic medications in patients with type 2 diabetes--impact on adherence. *PLoS One* 10:e0118296.
- Schillinger D, Piette J, et Grumbach K (2003) Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives on Internal Medicine* 163: 83-90.
- Simpson SH, Eurich DT et Majumdar SR (2006) A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal* 333: 15.
- Snoek FJ et Skinner TC (2006) Psychological aspects of diabetes management. *Medicine* 34: 612.

- Soderberg CK, Callahan SP, Kochersberger AO, Amit E et Ledgerwood A (2015) The effect of psychological distance on abstraction, two meta-analyses. *Psychological Bulletin* 141(3): 525-548.
- Trope Y et Liberman N (2003) Temporal construal. *Psychological Review* 110: 403–421.
- Trope Y et Liberman N (2010) Construal level theory of psychological distance. *Psychological Review* 117(2): 440-463.
- Truong NNV (2019) *L'éducation thérapeutique nutritionnelle des malades chroniques à la lumière de la "Théorie des niveaux de représentation" : une application dans le cas vietnamien*. Thèse de Doctorat. Université de Nantes.
- Witte K (1994) Fear control and danger control: an empirical test of the extended parallel process model. *Communication Monographs* 61: 113-34.

ANNEXE 1 : UN APERÇU DES ECHELLES UTILISEES

1) La distance perçue envers le régime (Bergami et Bagozzi, 2000)

Considérez que, pour chaque paire de cercles ci-après, le cercle épais en noir (●) vous représente (c'est vous !) et le cercle gris clair fin (○) représente votre régime: veuillez choisir la paire de cercles qui représente le mieux la façon dont vous vous sentez proche ou distant de votre régime.



2) Le niveau de représentation (Borovoi et al., 2017 ; Truong, 2019)

Le niveau de représentation a été évalué selon une échelle de 1 à 5 avec 1 = le niveau de représentation le plus faible et 5 = le niveau de représentation le plus élevé, dans différentes situations.

3) L'attitude envers le régime (Petruvu et Lord, 1994)

Suivre un régime est sans intérêt

Je pense que suivre ce régime a ou aurait un effet bénéfique

J'ai un avis favorable sur le régime que je dois ou devrais faire

Suivre ce régime est ou serait une bonne décision

Je pense qu'il est bon de suivre ce régime

4) Le comportement à l'égard du régime alimentaire (observance)

En ce moment, vous diriez que vous suivez sérieusement votre régime (entourez la bonne réponse) :

Echelle sémantique différentielle allant de "je ne suis pas du tout de régime" à "je suis totalement mon régime (je ne fais aucun écart)"