



mundi MEETING

PARTAGEONS PLUS QUE DES IDÉES

“Asthmatiques :
L’observance,
un rêve
de médecin ?”



Paris, le 27 Juin 2014

THINK HUMAN* www.mundipharma.fr
* Au cœur de l'humain

Sommaire

- 1** Introduction
Laurent GERANTON
- 2** L'observance : enjeux et perspectives
Yves JARLAUD
- 7** Anticipation du risque et création d'actes réflexes
Stéphane LÉVIN
- 10** Traitement de l'information, émorationalité et observance
Pr Olivier OULLIER
- 15** De la communication persuasive à la communication engageante
Pr Robert-Vincent JOULE
- 19** Notes

Introduction

L'antalgie est le premier domaine d'expertise de Mundipharma et notre travail aux côtés des professionnels de santé engagés dans la lutte contre la douleur nous a appris l'importance de l'écoute (et de l'humilité aussi !). Qui mieux que le patient lui-même peut en effet dire combien il a mal ? C'est avec cette approche orientée sur les attentes des patients que Mundipharma s'engage aujourd'hui en pneumologie et plus particulièrement dans la prise en charge de l'asthme. Cet engagement s'illustre par la mise à disposition d'un nouveau traitement (une association fixe d'un corticoïde et d'un bronchodilatateur B2 agoniste de longue durée d'action) et une volonté d'apporter une contribution à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Nos discussions avec l'ensemble des professionnels de santé et les associations de patients, désignent clairement l'observance comme une problématique majeure dans le contrôle de l'asthme.

De nombreux programmes ont été développés pour améliorer l'observance des patients asthmatiques à leurs traitements (le programme EOLE.com est d'ailleurs une des premières initiatives de Mundipharma dans ce domaine) et ce 1^{er} Mundi-meeting, auquel ont participé 145 professionnels de santé, est l'occasion de poser un regard différent sur ce challenge.

Comme nous l'expliquent les orateurs de cette conférence, dont vous retrouverez ici les synthèses, il est possible d'aider les patients à prendre librement les bonnes décisions pour améliorer le contrôle de leur asthme.

Plus de 85% des participants ont jugé cette conférence intéressante ou très intéressante et ils sont aussi nombreux à déclarer vouloir intégrer certains des enseignements reçus à leurs pratiques professionnelles.

Nous espérons que vous serez encore plus nombreux lors de la prochaine édition des "Mundimeeting".

Cordialement,

Laurent Geranton
Directeur de la Communication
et des Affaires publiques



L'observance : enjeux et perspectives

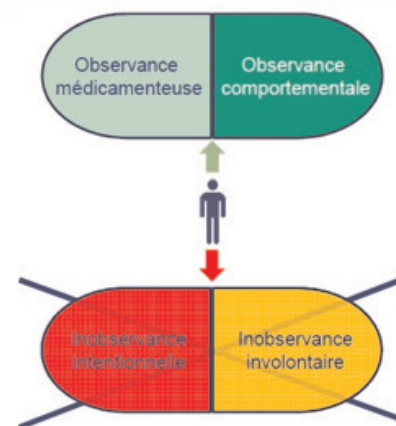
Intervenant : Yves JARLAUD, Associé conseil, Responsable du secteur santé, Cabinet DELOITTE - France

Il existe de nombreuses définitions de l'observance mais également un consensus raisonnable autour de l'idée que l'observance est la combinaison du respect du traitement et de la persistance du traitement. La notion de « respect du traitement » renvoie au suivi de la prescription du médecin en terme de prise des bonnes doses à la bonne fréquence. La notion de « persistance du traitement », quant à elle, concerne le respect du traitement dans la durée. Beaucoup de patients atteints de maladies chroniques, en effet, ont tendance à abandonner leur traitement au bout d'un certain temps. Dans le cas de l'asthme, par exemple, une majorité de patients décroche au bout de six mois.

Par ailleurs, la notion de « traitement » elle-même recouvre deux aspects que sont, d'une part le traitement médicamenteux et d'autre part la dimension comportementale. Il s'agit donc de distinguer également l'observance médicamenteuse et l'observance comportementale. Cette dernière désigne la volonté ou la capacité du patient à faire évoluer son hygiène de vie ou à respecter un calendrier de rendez-vous programmés, par exemple.

Enfin, lorsque l'on parle d'inobservance, il faut également distinguer l'inobservance intentionnelle et l'inobservance involontaire.

L'inobservance intentionnelle concerne, par exemple, un patient qui continue de fumer quand son médecin lui a conseillé d'arrêter. A l'inverse, une personne âgée



qui oublie de prendre son médicament relève de l'inobservance involontaire.

On peut également ajouter à ces distinctions, celles que font les Anglo-saxons entre :

- la *compliance*, qui désigne le respect strict de l'ordonnance ;
- l'*adhérence*, qui désigne l'adhésion au traitement et qui implique une forme de contrat moral entre le patient et le médecin ;
- et la *concordance*, qui renvoie à l'idée d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le patient et implique le respect mutuel ainsi qu'une relation d'égal à égal.

La mesure de l'observance est une question complexe à laquelle il n'existe pas de réponse totalement satisfaisante. Plusieurs méthodes de mesure, plus ou moins objectives ou subjectives, existent pour mesurer l'observance médicamenteuse et l'observance comportementale. Les mesures objectives concernent plutôt l'observance médicamenteuse. Le ratio de possession du médicament, par exemple, permet d'évaluer la quantité de médicaments acquis sur une période donnée comparée à la quantité de médicaments qui aurait théoriquement dû être acquise sur cette période. Mais un tel indicateur est-il réellement pertinent ? Ce n'est pas parce qu'un patient a acheté la quantité prescrite de médicaments qu'il est observant pour autant.

Il serait donc plus utile de pouvoir mesurer le nombre de prises effectives rapporté au nombre de prises prescrites. Le problème est que, sauf exception, il n'existe pas réellement d'outils ou de méthodes qui permettraient un recueil de données objectives sur le nombre de prises effectives. Il existe, néanmoins, des solutions innovantes telles que les *smart pills* : il s'agit de pilules dites « intelligentes », qui contiennent des nano-émetteurs activés par les sucs gastriques lorsqu'elles sont avalées. Ce genre de dispositif est encore très peu répandu mais il

peut permettre de fournir une mesure objective de l'observance médicamenteuse.



Quand on cherche à mesurer l'observance comportementale, on se heurte généralement à des données plus subjectives telles que celles issues d'entretiens avec les patients ou celles de l'échelle de MORISKY*. Néanmoins, il est également possible, au moyen d'analyses biologiques, de disposer d'informations objectives qui peuvent permettre de constater, par exemple, qu'un patient soit ou non observant d'un régime alimentaire qui lui a été recommandé. Si la notion d'« observance » est donc aujourd'hui bien comprise et circonscrite, la question de sa mesure est un défi qu'il reste encore à relever : peu de solutions s'avèrent complètement satisfaisantes.

I. Les enjeux de l'observance

1. La non observance des maladies chroniques

L'inobservance concerne en moyenne près de 50 % des patients souffrant d'une maladie chronique. Beaucoup d'études socio-économiques ont été consacrées aux conséquences de l'inobservance. Une étude réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008 montre que l'inobservance, en France, est à l'origine de 8 000 décès prématurés et d'un million de journées d'hospitalisation chaque année. Le surcoût lié à ce phénomène dans le domaine des maladies chroniques est estimé à 2 milliards d'euros par l'Assurance maladie. Mais ce chiffre est probablement largement sous-évalué car il ne porte que sur les coûts directs supportés par l'Assurance maladie et ne prend donc pas en compte les conséquences économiques induites. Or ces 2 milliards correspondent déjà au montant des économies que souhaite faire la Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, en 2015, sachant que le déficit de la Sécurité sociale est d'environ 12 milliards d'euros par an.

* Le questionnaire de Morisky est une auto-évaluation réalisée par un patient lui permettant d'évaluer son niveau d'observance à un traitement.

A l'échelle de l'Europe, l'inobservance est la cause immédiate de 200 000 décès prématurés. Elle génère un coût global évalué à 125 milliards d'euros. Enfin, on dénombre 125 000 décès prématurés directement liés à l'inobservance aux Etats-Unis où les conséquences économiques sont plus graves encore, pour de nombreuses raisons, puisque le chiffre de 300 milliards de dollars de surcoût est avancé. Or ce chiffre, là encore, ne prend pas en compte les coûts indirects liés, par exemple, à la baisse de productivité dans les entreprises.

Au terme de cette étude, l'OMS mettait en avant l'idée que trouver une solution à l'inobservance aurait beaucoup plus d'effet que n'importe quelle évolution majeure en matière de bio-pharmacologie. Les professionnels de santé ont donc, au-delà de l'intérêt strict pour le patient un rôle socio-économique majeur à jouer dans ce domaine.



2. La non observance de l'asthme : un coût médico-social élevé

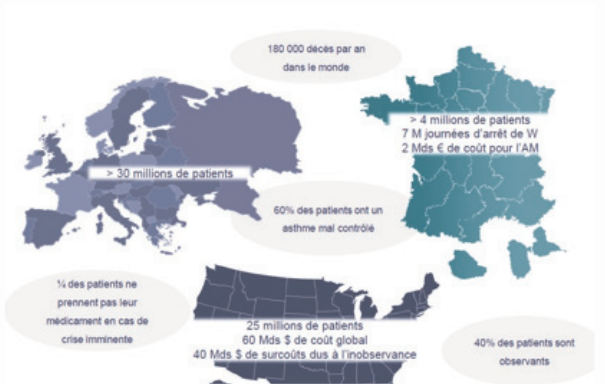
Chaque année, on dénombre 180 000 décès de personnes asthmatiques dans le monde. L'asthme est une maladie qui concerne, en France, plus de 4 millions de patients, qui entraîne 7 millions de jours d'arrêt de travail par an et génère un coût direct évalué à plus d'1 milliard d'euros par an pour l'Assurance maladie.

Or, on estime à 40 % seulement le nombre de patients asthmatiques observants leurs traitements. Les rares études existantes sont assez convergentes



sur le fait que l'on observe une baisse très importante du nombre de patients observants au-delà de six mois. Cela est vraisemblablement lié au fait que beaucoup de patients sont asymptomatiques : dès que les symptômes disparaissent, les patients ont tendance à arrêter leur traitement. 60 % des patients ont également un asthme mal contrôlé dont la majeure partie sont des patients non observants.

La seule étude consacrée aux impacts directs de la non observance en matière d'asthme a tenté d'apprécier ses impacts économiques. Il s'agit d'une étude du *Center for Disease Control* (CDC), aux Etats-Unis, qui estime que, sur les 60 milliards de dollars de coûts induits par l'asthme aux Etats-Unis, la non observance ne représente pas moins de 40 milliards de dollars, c'est-à-dire les deux tiers.



II. Le rôle de l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique a de bonnes raisons, à la fois stratégiques, financières et réputationnelles, de s'intéresser au problème de l'inobservance.

1. La stratégie

L'observance est au coeur de la stratégie de beaucoup de groupes pharmaceutiques et de l'évolution de leur *business model* vers ce que l'on appelle la « pharma 3.0 », qui consiste à ne plus se contenter de seulement produire et vendre des médicaments mais aussi à imaginer des solutions thérapeutiques complètes pour les patients.

Si les patients sont observants grâce à ces dispositifs, en effet, les résultats du traitement seront meilleurs. Or si les résultats sont meilleurs, un laboratoire augmente ses chances de voir prescrire les solutions qu'il propose.

Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique s'efforce également de développer des thérapies ciblées et personnalisées pour la bonne raison qu'en oncologie, par exemple, certains traitements sont extrêmement coûteux et que l'on s'achemine de plus en plus dans un nombre croissant de pays vers des mécanismes de rémunération à la performance, sur la base de données en vie réelle.

2. La dimension financière

Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique dans son ensemble considère qu'elle perd plusieurs dizaines de milliards de dollars du fait de la non observance de patients qui, soit interrompent leur traitement, soit changent de traitement en cours de route. Il s'agit donc, pour elle, de trouver un moyen de « fidéliser » les patients.

3. La réputation

Enfin, le problème de l'observance recèle également un enjeu de réputation et d'image pour les laboratoires pharmaceutiques car un médicament mal administré ou mal pris est susceptible non seulement d'être jugé inefficace mais également potentiellement générateur d'effets indésirables aggravés.

III. Un problème multifactoriel

L'inobservance est un problème très difficile à appréhender et à traiter. Les raisons pour lesquelles un patient est non observant, en effet, sont multiples et peuvent avoir plusieurs origines.

1. Les causes liées au patient

Tout d'abord, elles peuvent être liées au profil du patient. Il se peut que celui-ci ne comprenne pas bien sa maladie ni l'intérêt du traitement. Il peut aussi être dans le déni de sa maladie ce qui est fréquent chez les patients asthmatiques.

2. Les causes liées au médecin

Le médecin est souvent l'une des causes de l'inobservance. Il se peut, en effet, que sa communication soit inadaptée, faute de temps à consacrer au patient notamment.

3. Les causes liées aux pathologies

L'inobservance est également fortement liée aux caractéristiques de la pathologie. Si les symptômes ne sont pas sévères ni évidents les patients ont facilement

tendance à être non observants même lorsqu'ils sont conscients qu'il existe des risques sous-jacents importants. La perception sociale de la pathologie est également un facteur important de l'inobservance : il peut être difficile pour un patient de respecter son traitement lorsque celui-ci a des répercussions sociales et si cette pathologie est perçue comme potentiellement stigmatisante au sein d'un groupe social.

4. Les causes liées au médicament

Enfin, le médicament lui-même peut être source de non observance, soit parce qu'il est compliqué à prendre ou nécessite des prises multiples au cours d'une journée, soit parce qu'il peut avoir des effets indésirables.

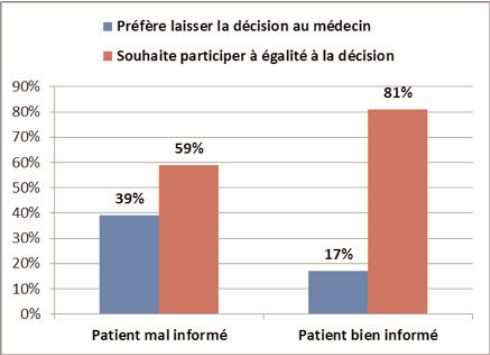
IV. Les leviers d'amélioration de l'observance

1. Le modèle « patient centric »

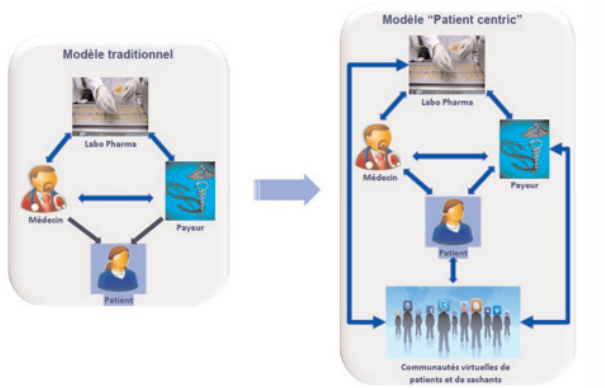
De plus en plus, les patients veulent devenir « actives », c'est-à-dire acteurs de la prise en charge de leur propre santé, et participer à la définition de leur traitement. Or, paradoxalement, la prise en compte de l'« expérience patient » est encore peu développée.

Ce retard est peut-être lié à une forme de déséquilibre de la relation patient / soignant qui recoupe une distinction entre soignant « sachant » et patient « passif », qui n'a commencé à être remise en cause que très récemment.

Une étude conduite récemment aux Etats-Unis par l'*Institute of Medicine and Blue Shield of California Foundation* montre qu'un patient qui se sent insuffisamment informé sur sa maladie et surtout sur les différentes options de traitement est peu enclin à vouloir participer à la définition de son traitement. Inversement, elle fait apparaître que 80 % des patients qui se sentent bien informés souhaitent participer activement à la définition de leur traitement.



Dans le modèle traditionnel, le patient était un patient passif qui recevait, d'un côté des soins, de l'autre une prestation financière. Dans le modèle « *patient centric* », qui est en train d'émerger, le patient est beaucoup plus actif. Il n'est plus seulement récepteur mais aussi émetteur. Au travers, notamment, de communautés virtuelles de patients et de sachants, il est désormais en mesure d'interagir davantage non seulement avec les médecins et les payeurs mais aussi avec les laboratoires pharmaceutiques.



2. Les solutions numériques existantes

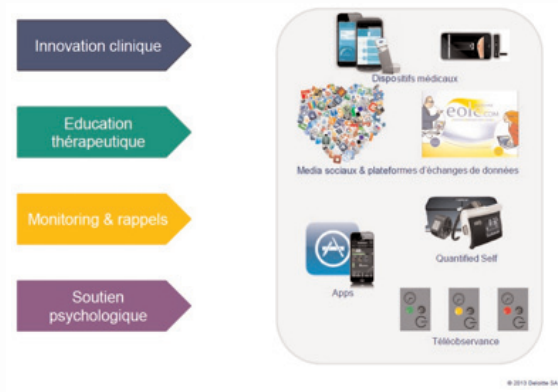
Il existe toute une gamme d'outils numériques qui peuvent permettre d'améliorer l'observance, tant dans le domaine de l'innovation clinique que de l'éducation thérapeutique, du suivi du traitement ou encore du soutien psychologique.

Il existe, par exemple, un dispositif numérique médical communicant, baptisé « *Propeller Sensor* », qui consiste à placer sur l'inhalateur un capteur capable de collecter l'information sur le nombre et les heures de prises pour la mettre à disposition du médecin. Il s'agit donc d'un outil permettant une mesure objective de l'observance d'un traitement pour un meilleur suivi du patient. Il a été démontré, semble-t-il, que cette solution permet une diminution de 50 % de l'asthme non contrôlé et une amélioration de l'observance à six mois d'environ 80 %.

Les médias sociaux sont également une aide considérable pour le soutien psychologique des patients. Les



statistiques montrent que, dans la plupart des pays, 70 à 75 % des patients consultent régulièrement ce type de média pour y chercher de l'information médicale.



Il est important de souligner également la dimension émotionnelle et compassionnelle des réseaux sociaux, qui sont particulièrement recherchés par les patients parce qu'ils leur permettent de se connecter de manière directe avec d'autres personnes souffrant d'un même type de pathologie.

Toujours dans le domaine des médias sociaux pouvant aider à améliorer l'observance d'un traitement, il faut également signaler le rôle grandissant des « *serious games* » qui mettent en jeu un avatar du patient pour lui permettre de mieux comprendre sa maladie.

En conclusion, on peut se poser la question de savoir si l'observance ne sera pas, demain, un nouveau levier pour les payeurs. Les enjeux économiques de la non observance étant considérables, ils peuvent être tentés, en effet, comme cela est déjà le cas dans plusieurs pays comme les Etats-Unis ou la Grande-Bretagne, de mettre en place des dispositifs où le remboursement des patients ou la rémunération des professionnels de santé seront directement liés à des mesures d'observance. C'est d'ailleurs ce qui a failli arriver récemment en France pour la prise en charge du traitement par pression positive continue de patients souffrant d'apnée du sommeil. Le Conseil d'Etat a finalement suspendu l'exécution de l'arrêté ministériel liant le remboursement au contrôle du suivi du traitement.

Anticipation du risque et création d'actes réflexes

Intervenant : Stéphane LEVIN, Explorateur scientifique, membre de la Société des Explorateurs Français

Lorsque j'ai décidé d'expérimenter la fameuse nuit polaire en 2002/2003, il s'est avéré que les paramètres d'isolement, de grand froid, d'obscurité permanente, de solitude et de stress ont retenu l'attention d'une agence spatiale dans le cadre d'une étude préalable aux futurs vols spatiaux vers mars. J'entre alors dans un plan d'expérimentation d'un an et demi visant à mettre en place des protocoles qui permettront, par exemple, d'évaluer la façon dont mon sommeil, ma vision et mon stress évolueront au cours de cette nuit polaire.

Alors que j'ai volontairement choisi de m'immerger dans un environnement difficile je peux imaginer qu'un patient auquel on apprend qu'il est asthmatique est lui aussi projeté dans un monde hostile mais qu'il n'a pas choisi et qu'il va devoir apprendre à maîtriser.

I. Un travail de préparation intense à la « Nuit polaire »

Dans le cadre de la préparation à cette mission, je suis formé à des techniques cognitivo-comportementales de gestion du stress, de visualisation et de désensibilisation des situations de stress. Je bénéficie d'une préparation physique de très haut niveau. Je fais des footings de 50 kms, je porte des sacs à dos lourds jusqu'à être capable de marcher pendant 24 heures avec un sac à dos de 80 kilos.

Ce type d'efforts extrêmes permet d'expérimenter la façon dont l'esprit peut encore aiguillonner le corps lorsque celui-ci, perclus d'acide lactique ou ayant les neurotransmetteurs déconnectés, semble ne plus pouvoir avancer. Mais l'inverse est vrai aussi : lorsque l'esprit flanche, et que l'on se décourage, il est utile de savoir que le corps a des ressources qui nous permettront d'aller toujours un peu plus loin.

Le stress du moment est lié à la présence de l'ours

polaire. Il peut peser jusqu'à 800 kilos et mesurer jusqu'à 3,5 mètres lorsqu'il se dresse sur ses pattes arrières. Lorsque je lis dans son comportement que l'ours polaire va m'attaquer, je commence par tirer à côté pour lui faire peur, mais je tire pour tuer dès lors qu'il entre dans mon périmètre de sécurité que j'ai fixé à 50 mètres précisément. L'ours polaire court à 40 km/h, en effet, il lui faut donc à peine plus de 4 secondes pour atteindre l'explorateur qui se trouve à 50 mètres.

A l'intérieur de la cabane dans laquelle je m'apprête à faire mon hibernage « nuit polaire », la température est la même qu'à l'extérieur, faute d'isolation. Il s'agit d'une petite cabane en contreplaqué, qui a été construite par les Inuits, l'été qui précède mon arrivée. Deux chiens, des Malamutes, m'accompagnent, qui ne sont pas des chiens domestiques mais ma sonnette d'alarme puisqu'ils m'avertissent de la proximité d'un ours.

Lorsque débute ma mission, la température est très en-dessous des normes saisonnières. Je construis donc un igloo en recouvrant ma cabane d'une épaisse couche de neige. Une fois terminée, cette coque de neige me permet de gagner 10° à l'intérieur de la cabane. La neige est, en effet, le meilleur isolant naturel que l'on puisse trouver puisqu'elle contient 90 % de bulles d'air.

Une fois la cabane isolée, débute l'expédition proprement dite qui durera 121 jours en solitaire dont 106 jours sans soleil avec 70 jours d'obscurité totale 24 heures sur 24.

L'Indice de Refroidissement Eolien (I.R.E) permet de mesurer la température réellement ressentie sous l'effet du vent. Une température de - 20° conjuguée à un vent soufflant à 40 km/h correspond ainsi à une température ressentie de - 34°. Selon la gamme de températures dans laquelle on se



située, les gelures sont possibles en moins d’une heure, en moins de 10 minutes, voire en moins de 2 minutes. Il est donc impossible d’être non observant et de sortir non équipé sous peine de geler instantanément et de risquer l’infection. Dans les pires moments de mon expédition, je serai confronté à une température ressentie de – 80°.

Il ressort de mes échanges avec des spécialistes de la prise en charge des patients asthmatiques que ces étapes de préparation, de découverte et d’apprentissage de la maladie chronique sont également indispensables à un bon contrôle sur le long terme. On parle d’un véritable travail à fournir par le patient. Je me demande si les techniques de projection mentale et d’anticipation du risque pourraient être enseignées à des patients pour les aider à mieux gérer leurs crises.

II. Les protocoles mis en place

Je dois également respecter les protocoles scientifiques qui m’ont été confiés, tels que la mesure des effets de l’obscurité sur ma vision, qui se situe un peu au-delà de la normale au début de la mission (15/10e à chaque œil) et va encore s’améliorer au cours de la mission (20/10e en vision des extrêmes).

Il me faut également me soumettre moi-même à toute une batterie de tests psychiatriques, psychomoteurs, psychologiques, psychotechniques, que l’on m’a demandé de réaliser, puisque le danger majeur de ce type de mission est la dépression hivernale ou le suicide.

Début janvier, une tempête particulièrement violente se lève. Le vent souffle entre 102 km/h et 150 km/h. Au retour d’une expédition, je découvre que la coque de neige qui recouvre ma cabane a cédé. La température a chuté à – 41° à l’intérieur. Sortir de mon sac de couchage en fibres spéciales thermogènes, à l’intérieur duquel il fait entre 35 et 40°, pour aller manger, par exemple, représente donc un choc thermique de 80°.

Au bout de 106 jours, je vois le soleil se lever derrière l’horizon, je peux enfin envoyer un message disant que j’ai vaincu la nuit polaire. Il est convenu que l’on vienne me récupérer 48 heures plus tard, le temps que je puisse démonter tout le matériel mais personne ne viendra me chercher : des tempêtes à répétition s’y opposent en

effet sachant que j’avais passé la consigne de ne pas prendre de risques inconsidérés pour venir me chercher. Donc j’attends. Et cette attente est très difficile car, dès lors que j’ai su que je rentrai, je me suis débloqué psychologiquement, j’ai commencé à penser à ma famille, à mes amis, à une douche chaude, à un bain, à une pizza...

III. Les suites de la mission

A mon retour, comme je m’y étais engagé au départ, je continuerais à respecter de nombreux protocoles scientifiques sur la vision notamment. L’électrorétinogramme avant/après la mission montre que je ne verrai plus sur les côtés à mon retour, comme si j’avais eu les yeux gelés. Mais, heureusement, je retrouverai ma vision normale au bout de trois ou quatre mois.

Ce qui me rend le plus fier dans cet engagement à servir la recherche et la science au cours de mes expéditions, ce sont les deux thèses lauréates de la Faculté de médecine de Toulouse : l’une sur le test de performance, l’autre sur les effets du froid sur le sommeil dans laquelle il a été mis en évidence des vestiges d’hibernation chez l’être humain. D’autres tests ont également permis de qualifier certains matériels du label « grand froid ».

Même si les protocoles auxquels sont soumis les patients asthmatiques sont moins contraignants que ceux que j’ai eu à suivre, ils doivent être maintenus à long terme ce qui représente un vrai challenge. Le respect des protocoles a nécessité une phase de négociation initiale et je n’ai pas tout accepté. J’imagine qu’il en est de même entre un patient et son médecin dans l’établissement d’un contrat thérapeutique personnalisé.

Dans 100 % des cas où j’ai rompu les procédures et protocoles de sécurité, j’ai mis en danger ma vie. En milieu hostile, en conditions extrêmes et en solitaire, on paie très cher ses erreurs. L’extrême est une loupe de la normalité. Les repérages, la connaissance et la compréhension totale du milieu, les techniques de gestion du stress, de visualisation mentale, de relaxation, de préparation physique sont indispensables à la réussite de ces expéditions, tout comme ils le sont pour les patients asthmatiques qui, malheureusement,

n’ont pas choisi, eux, de vivre dans des conditions difficiles.

C’est grâce à une équipe fédérée autour d’un objectif commun que je peux réaliser ces expéditions, tout comme le contrat de confiance entre le thérapeute et son patient permet de lutter efficacement contre la maladie. Ce sont des normes, des valeurs communes, des rôles définis et une structure affective, qui vont d’abord susciter l’adhésion et la mobilisation puis rendre vertueux le goût de l’effort et le dépassement de soi.

Je retire une grande fierté de la réussite de mes expéditions comme un patient qui prend le contrôle de sa maladie peut retrouver une estime de soi voire pour certains leur statut social.

IV. Questions/Réponses entre l’orateur et la salle

Lors de votre expédition, qu’est-ce qui a été le plus difficile : la solitude, le froid ou l’obscurité ?

Le plus pénible est le froid, parce que le froid endort, il annihile la volonté. Il fait exploser les chairs et oblige à se vêtir comme un cosmonaute, avec cinq ou six épaisseurs de vêtements à longueur de journée.

En quoi les techniques comportementales et cognitives vous ont-elles aidé à vous préparer physiquement et psychologiquement à cette expérience de l’extrême ?

Ces techniques ont été déterminantes dans la réussite de la préparation puisqu’elles m’ont permis de désensibiliser les stress que j’allais vivre pendant ma mission et d’anticiper tous les compartiments de la mission.

Quand je visualisais la scène de l’ours polaire, et que j’imaginai la charge de l’ours, j’avais le cœur qui battait très vite. Mais à force de visualiser la scène des dizaines et des dizaines de fois, je suis parvenu à le faire sans que mon rythme cardiaque n’en soit affecté. Une fois que j’ai désensibilisé ce stress en amont, je sais que lorsque la situation se présentera, je serai détaché d’une émotion inhibitrice de la réaction, ce qui me permettra d’appliquer froidement le protocole

Y a-t-il des choses que vous n’acceptez pas dans le cadre de ce contrat, tout comme le patient peut ne pas accepter certaines choses dans le cadre du contrat qu’il passe avec le médecin ?

Lorsque l’on m’a demandé si j’étais prêt à porter une sonde rectale pour mesurer en permanence la température centrale de mon corps, j’ai répondu qu’il s’agissait tout de même d’une pénalité à la mobilité !



Traitement de l'information, émotionnalité et observance

Intervenant : Pr Olivier OULLIER, Université Aix-Marseille.

Il enseigne et mène des recherches en psychologie, économie comportementale et neurosciences.

Un cerveau, pris de manière isolée ne sert pas à grand chose. Le cerveau ne devient utile qu'à partir du moment où il échange de l'information. Cet échange d'informations a lieu dans le cerveau lui-même, entre le cerveau et le corps qui l'abrite, mais aussi entre ce corps et les environnements (physiques et sociaux) dans lesquels nous évoluons et avec lesquels nous interagissons. Enfin, comme si tout cela n'était pas assez complexe, pour bien comprendre le comportement et les décisions des (groupes d')individus, il nous faut aussi tenir compte de nos émotions, de notre passé, de notre présent et de notre futur souhaité - dont nos intentions sont une illustration - à titre individuel comme collectif.

L'information semble donc être la clef. Lorsqu'un professionnel de santé rencontre ses patients, il prélève et fournit de l'information. Or, nous supposons généralement que, lorsqu'on leur donne de l'information, les patients l'entendent, l'intègrent, la comprennent et vont l'utiliser comme nous le souhaitons, comme nous le ferions. Ceci vient d'une croyance forte et rassurante pour nous humains qui nous auto-proclamons intelligents : disposer d'informations pertinentes permet à un individu, ou un groupe d'individus, de faire les « bons choix ». Toutes les politiques de santé - publiques comme privées - sont d'ailleurs basées sur ce postulat. Pourtant, il existe d'innombrables contre-exemples. Le plus édifiant est le nombre de médecins qui fument. Qui mieux qu'un docteur en médecine est informé des méfaits de la consommation de tabac. Et pourtant la proportion de médecins fumeurs est très élevée, et ce bien qu'ils possèdent toutes les informations pour faire le « bon choix » pour leur santé : ne pas fumer.

Avoir et transmettre ce que nous considérons comme la « bonne information » ne garantit en rien que l'on parviendra à établir une relation de confiance avec le

patient et que l'on obtiendra l'observance souhaitée. Car une personne bien informée ne prendra pas pour autant les bonnes décisions. Un facteur à ne pas négliger est que ce que nous considérons comme une information claire et pertinente ne le sera pas forcément pour le patient. La forme, donc la façon dont nous nous exprimons et nous transmettons l'information, les mots et les illustrations que nous utilisons tout autant que l'affect que nous mettons en jeu dans l'interaction avec les patients et l'empathie qu'ils perçoivent, déterminent la façon dont une information pertinente peut devenir une information utile et utilisée.

Le contexte peut, lui aussi, grandement influencer les décisions et le bien-être du patient. Imaginons le cas d'un(e) patient(e) atteint(e) d'une maladie grave à qui l'on propose de participer à un protocole de recherche. Après l'avoir informé(e) des modalités du protocole, des risques, de la possibilité de ne recevoir qu'un placebo et lui avoir fourni un consentement éclairé, le/la patient(e) doit prendre la décision finale de participer ou non au protocole. Mais souvent, bien que l'information lui ait été fournie de manière exhaustive et précise, le/la patient(e) qui est dans un état de détresse psychologique manifeste eu égard à sa pathologie, peut voir son état psychologique se détériorer après la transmission d'information par le médecin. Pourquoi ? Car il/elle se demande comment, en tant que patient(e) qui n'a pas fait les études du médecin spécialiste, il/elle peut prendre la bonne décision. Souvent, j'entends : *pourquoi n'est-ce pas la personne qui possède la connaissance et les informations pertinentes qui prend cette décision ?* N'ayant pas autant de connaissances que le médecin spécialiste qui les suit, les patients atteints de maladies graves pensent qu'ils ne peuvent pas faire le bon choix. D'un autre côté, si les décisions étaient prises sans leur demander leur avis, il y a de fortes chances qu'ils se

plaignent, sans parler du fait que cela ne serait acceptable ni d'un point de vue éthique, ni d'un point de vue légal.

Nous sommes des êtres intelligents et rationnels - du moins c'est ce que nous aimons nous dire pour nous rassurer - mais nos comportements et nos décisions sont sans cesse biaisés. En soit, ce fait ne nous rend pas moins intelligents pour autant. Ce que nous qualifions de biais sont souvent des écarts par rapport à des comportements considérés comme « rationnels » d'un point de vue économique (en pesant le pour et le contre par exemple). Ce que la psychologie appelle un biais (cognitif, social, etc.) les économistes le qualifient d'« anomalie ». Ces biais ou anomalies ce sont nos tendances d'humains à être influencés par les autres, à avoir des réactions émotionnelles, à tomber amoureux, à être jaloux, à préférer un gain immédiat plus faible à un gain plus fort que l'on aura dans quelque temps, à avoir une aversion pour le risque etc. De mon point de vue, tous ces biais/anomalies sont ce qui, d'un point de vue psychologique, fait de nous des humains. Ce ne sont en rien des anomalies. L'anomalie est plutôt tout cadre conceptuel qui considérerait comme une anomalie ce qui fait de nous ce que nous sommes d'un point de vue psychologique ! Ignorer l'essence même du comportement humain, dans les modèles hyper-rationnels utilisés par les économistes et les juristes pour guider les politiques publiques, fait que ces dernières sont déconnectées du réel, des vrais humains dans leur vraie vie. Ceci explique pour partie l'échec manifeste de nombre de mesures visant à améliorer la santé des citoyens qui ont été pensées pour des agents économiques rationnels pleins d'anomalies et non des êtres qui sont juste humains.

I. Informations

En fait, tout signal échangé entre le médecin et le patient est de l'information. Nous passons nos journées à observer les autres, à prélever de l'information sur leurs visages, dans leur gestuelle, pour tenter de savoir ce qu'ils pensent ou dans quel état mental (joyeux, tristes, etc.) ils sont. Nous formons sans cesse des impressions. Un médecin peut ainsi avoir l'impression que les patients n'écoutent pas ce qu'il leur dit et que ces derniers ne comprennent pas que leur pathologie est grave et nécessite une stricte observance de leur traitement, en dépit des informations très rationnelles qu'il leur livre. Une

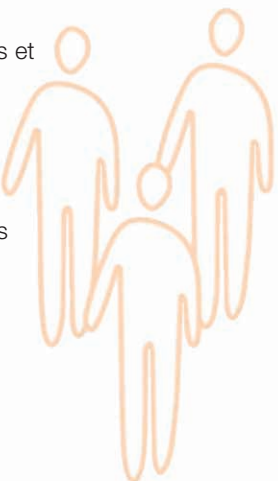
grimace de douleur peut être interprétée comme une désapprobation ou une remise en question de l'information communiquée.

Lorsque nous communiquons, au quotidien, nous utilisons souvent des données très rationnelles : nous pratiquons une forme de prescription, nous faisons de l'« ordonnance » au sens où nous (médecins ou non) ordonnons l'information et l'adoption d'un certain comportement. Mais les informations justes et pertinentes ne sont pas nécessairement des informations utiles parce que notre cerveau peut nous jouer des tours.

Nous avons, notamment, une tendance naturelle à compléter l'information dès lors qu'une partie manque. En voyant une photo de Barack Obama et Hillary Clinton dont une toute petite partie est manquante, comme dans la campagne de Reporters Sans Frontières (RSF), nombre de personnes vont sourire en pensant à un geste déplacé qu'aurait le Président des Etats-Unis.



Et pourtant, nous savons pertinemment que, sauf accident, il n'y a aucune chance que ce comportement inapproprié ait eu lieu, qui plus est en public et en présence de photographes. Toutefois, le fait que nous sourions, montre que malgré une connaissance du contexte, des acteurs et de l'impossibilité du comportement, notre cerveau nous l'a fait imaginer quand même. Si ce cas là est tellement « gros » que nous pouvons contrer ce biais, il existe une multitude de cas au quotidien où nous pouvons être « trompés » contre notre gré par notre propre cerveau sans nous en rendre compte.



Par ailleurs, il existe de nombreuses méthodes, plus ou moins efficaces, pour savoir ce qu'il se passe dans la tête des patients, telles que l'entretien clinique, par exemple, ou les enquêtes d'opinion. Mais le problème est que, le plus souvent, les individus n'ont pas accès aux véritables raisons qui font qu'ils agissent ou décident d'une façon ou d'une autre. Souvent nous avons soit tendance à rationaliser a posteriori nos comportements soit à nous mentir à nous-mêmes et donc à nos interlocuteurs. Les explications que peuvent donner les patients pour expliquer leur inobservance ne sont pas suffisantes pour en comprendre les raisons, notamment parce qu'il existe un conflit entre nos émotions et nos rationalités.

En outre, dans le contexte d'une consultation médicale, un simple froncement de sourcil ou un bâillement discret d'un médecin qui aurait passé la nuit en garde, peuvent prendre des proportions démesurées dans le cerveau d'un patient en détresse psychologique. Un petit élément insignifiant peut être perçu comme quelque chose de majeur par le patient. Mais si cela peut altérer négativement la relation patient-médecin, cela peut aussi la faciliter. On parle de « nudges » , pour ces stratégies comportementales permettant d'influencer voire de persuader sans prescrire, tout en laissant les individus libres de ne pas suivre le conseil donné. Ainsi, plutôt que d'essayer de convaincre des bienfaits d'un médicament avec nombre de statistiques qui n'intéresseront pas le patient, mieux vaut, quand c'est le cas communiquer sur le fait qu'une très grande majorité de patients souffrant de la même pathologie ont adopté ce traitement. Le simple fait de faire noter à un patient la date de son prochain rendez-vous médical sur un papier augmente significativement les chances qu'il revienne en consultation. Quelques mots choisis avec pertinence peuvent complètement changer la façon avec laquelle un patient va observer son traitement. Les exemples sont légion, peu coûteux et très efficaces.

II. Emotions et rationalités

Prenons l'exemple de ce que l'on appelle les dilemmes moraux, des situations au cours desquels des choix doivent être faits avec des conséquences dramatiques. Nous sommes à San Francisco, un tramway descend une pente à toute allure, il n'est plus contrôlé : si l'on ne fait rien, ce tramway écrasera cinq personnes. Mais il suffit d'appuyer sur un bouton pour dévier le tramway

sur un autre rail et alors ce ne sont plus cinq mais une personne « seulement » qui se fera écraser. *Est-ce que vous appuyez sur le bouton pour changer la trajectoire du tramway afin qu'il n'y ait qu'une victime au lieu de cinq ?* Imaginons une situation similaire au cours de laquelle il ne faut plus appuyer sur un bouton mais pousser un individu sur les rails afin de bloquer le tramway et sauver cinq personnes. *Le feriez-vous ?* En général, il y a beaucoup plus de personnes qui disent qu'elles appuieraient sur le bouton que de personnes qui pousseraient un être humain pour le sacrifier. D'un point de vue strictement rationnel, cela reviendrait au même : il s'agit toujours de sacrifier une personne pour en sauver cinq. Pourtant les réponses diffèrent en fonction du contexte et de l'engagement affectif dans l'action à effectuer. Et lorsque l'on place des volontaires dans des scanners d'imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) pour analyser la réaction de leurs cerveaux, alors qu'il s'agit de situations complètement fictives, on observe une différence significative dans le traitement cérébral des informations. Le simple fait de mettre les gens en situation de décider, sans pour autant qu'une vie ne soit en jeu, entraîne un traitement cérébral différent selon le degré d'implication dans l'action : le fait d'appuyer sur un bouton fait appel à un traitement plus rationnel, alors que le fait de pousser une personne sollicite davantage un réseau associé aux émotions du cerveau. Imaginez ce qui peut se passer dans le cerveau d'un médecin tout autant que celui d'un(e) patient(e) quand ils doivent traiter l'information qu'ils échangent mutuellement pour prendre des décisions pouvant avoir des conséquences dramatiques. Le fait de nous engager auprès d'un patient, le jugement que l'on peut avoir de son état psychologique, notre perception de la gravité de la situation, notre état de fatigue sont parmi la myriade de facteurs qui vont influencer la manière dont nous agissons et dont l'information échangée sera perçue et traitée dans les cerveaux.

Ce type de situation, les médecins la vivent au quotidien lorsqu'ils proposent aux patients des traitements qui peuvent avoir des effets secondaires gênants pour leur bien-être, voire pour d'autres aspects sanitaires que la pathologie qui est l'objet du traitement. Lorsque le médecin prescrit ce traitement, il engage sa responsabilité, et son cerveau doit évaluer le rapport

coût-bénéfice pour le patient et la probabilité que l'observance du traitement soit satisfaisante. Des décisions qui, bien que très communes pour les médecins, n'en sont pas moins difficiles. Ce conflit entre émotions et rationalité est extrêmement présent dans nos vies. Il est en grande partie généré par notre propre cerveau que ce soit de manière intrinsèque ou alors en réaction à des événements externes.

III. Emorationalité

Les notions d'émotions et de rationalité, et la dichotomie qui les accompagne, sont construites par notre cerveau. Les catégories que nous formons (bon/mauvais, ami/ennemi/, émotion/rationalité, etc.) nous facilitent la vie, dans une certaine mesure. Elle n'en sont pas moins très artificielles, comme toutes les catégories. Les travaux récents de neuroimagerie fonctionnelle, notamment ceux s'intéressant à la façon dont l'information circule dans le cerveau, ont tendance à montrer que la distinction claire que nous pouvons faire entre émotions et rationalité ne se traduit pas de manière aussi nette au niveau neurobiologique. Dans le cerveau, les aires dites « rationnelles » ont en réalité besoin des aires dites « émotionnelles » pour fonctionner et réciproquement. C'est la raison pour laquelle nous parlons aujourd'hui d'« émorationalité ».¹

Nous avons longtemps cru, par exemple, que le cortex préfrontal était le centre cérébral « exécutif » mais des travaux utilisant des méthodes permettant d'en perturber le fonctionnement, ainsi que des résultats de neuropsychologie, ont révélé des résultats contre-intuitifs. Dans des tâches comme des choix économiques ou des dilemmes moraux, une perturbation du fonctionnement de cette partie dite rationnelle du cerveau, entraîne des comportements plus rationnels (d'un point de vue économique).^{2,3}

Mais tout dépend, en réalité, de la manière dont le concept de rationalité est défini. Un médecin peut, par exemple, estimer que ses patients ne se comportent pas de manière rationnelle puisqu'ils ne sont pas observants du traitement prescrit pour améliorer leur santé. Mais, du point de vue du patient, l'inobservance est rationalisée si le traitement empêche de pleinement profiter du quotidien. Nous avons une tendance forte à faire primer le bien-être à court terme sur la santé à long terme. Ce

que l'on considère comme rationnel est en fait déterminé par le référentiel que nous utilisons pour le jugement que nous émettons. Or un référentiel est toujours égocentrique : nous avons tendance à penser qu'une personne adopte un comportement rationnel si elle prend la décision que nous aurions prise à l'aune des connaissances en médecine, voire, dans certains cas, que la majorité des gens aurait prise. Plus un(e) patient(e) s'éloigne de ce qui fonde notre propre rationalité, plus nous aurons tendance à penser que cette personne réagit de façon affective et peu rationnelle. C'est là encore un biais fort dans nos jugements.

Or nos jugements et nos décisions, contrairement à ce que nombre de modèles de prise de décision ancrés dans la rationalité supposent, ne sont pas dépendants. Dans un rapport sur l'apport des sciences comportementales et du cerveau en santé publique pour le gouvernement⁴, nous rapportons une expérience où l'activité du cerveau de fumeur a été estimée par IRMf alors qu'ils voyaient des messages de prévention du tabac. Ensuite, il leur a été demandé si ces messages les incitaient à arrêter de fumer et s'ils les culpabilisaient. Les fumeurs qui ont rapporté être le plus influencés et incités à arrêter de fumer par ces messages étaient ceux qui avaient l'activité la plus élevée dans les parties du cerveau liées à l'addiction au tabac. Leur cerveau disait qu'ils avaient envie de fumer et leur bouche qu'ils avaient envie d'arrêter.

IV. Perspectives

Dans la vraie vie, lorsque l'on interagit avec les autres, il faut tenir compte de nombreux paramètres tels que : l'ego (le nôtre et celui d'autrui), le cadrage (comment présente-t-on l'information, que fait-on pour mettre l'autre à l'aise et pour que la confiance s'installe ?), le messenger (quels sont le statut et l'attitude de la personne qui transmet l'information ?), la confiance, les incitations, la motivation, l'engagement et le plaisir (peut-on faire en sorte de ménager des pauses dans le traitement ?). L'impact de tous ces facteurs a été étudié scientifiquement et rigoureusement et peut aider grandement à améliorer l'observance des traitements par les patients et la



communication réciproque entre les patients et les acteurs du monde médical.

Avec les cerveaux tortueux qui sont les nôtres, et du fait de cette tendance que nous avons à interpréter les choses, tous les détails comptent. Aujourd'hui, grâce aux sciences comportementales, nous arrivons à préciser les discours et la façon d'interagir, pour faire en sorte que le message passe. Cela fait 30 ans que la grande distribution sait le faire : il est temps que nous, médecins, universitaires, comprenions ce qui est vraiment important pour les gens et utilisions des méthodes rigoureusement testées et qui fonctionnent pour améliorer la santé et le bien-être des individus.

Références

¹ O. Oullier (2010) The useful brain: Why neuroeconomics might change our views on rationality and a couple of other things. In E. Michel-Kerjan & P. Slovic (Eds). The irrational economist: Making decisions in a dangerous world (pp. 88-96). New-York: Public Affairs

² O. Oullier (2012). Le cerveau et la loi: analyse de l'émergence du neurodroit. Paris: Centre d'analyse stratégique. Téléchargement gratuit : <http://rapport.neurodroit.oullier.fr>

³ S. Tassy, Y. Duclos, O. Coulon, J. Mancini, C. Deruelle, S. Attarian, O. Félician, B. Wicker (2012). Disrupting the right prefrontal cortex alters moral judgment. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 7, 282-288

⁴ O. Oullier, S. Sauneron (2010). Nouvelles approches de la prévention en santé publique: L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences. Paris: La Documentation Française / Centre d'analyse stratégique (192 p.) Téléchargement gratuit : <http://neuroprevention.oullier.fr>

De la communication persuasive à la communication engageante

Intervenant : Pr Robert-Vincent JOULE, Laboratoire de psychologie sociale, Université Aix-Marseille, Psychologue Spécialiste du changement des comportements et des mentalités, auteur du « Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens »

Comment amener les gens à faire ce qu'ils ont à faire ? Telle est la question clé de la vie en société. C'est la raison pour laquelle nous avons inventé les lois, les règles, les codes, les procédures : il faut que les gens fassent ce qu'ils ont à faire.

I. Les limites de la persuasion

1. Force et limite de l'autorité

Lorsque l'on place un agent de police, figure d'autorité par excellence, à un carrefour, les gens font ce qu'ils ont à faire. Mais l'ombre du bâton disparue tout redevient comme avant car nous n'avons rien modifié de profond avec un schéma autoritaire. Nous n'avons pas touché ce que les psychologues appellent la « motivation intrinsèque », celle qui fait battre le cœur, seule capable de garantir la pérennité des changements.

2. Information et persuasion

La question consiste donc à se demander plutôt : « comment amener les gens à faire spontanément, librement, ce qu'ils ont à faire ? ». Et, en réponse à cette question, on pense aussitôt, bien sûr, à l'information, à la persuasion, en vertu de cette belle conception de l'homme qui veut qu'il ait des idées et que ses comportements en découlent.

Mais si cela était vrai, comment expliquer alors qu'une campagne d'information contre le tabac, menée pendant dix ans, auprès d'enfants de 7 ans jusqu'à leur 17e année n'ait servi strictement à rien ? L'évaluation, en effet, a fait apparaître qu'il y avait autant de fumeurs dans le groupe de 4 000 élèves ayant bénéficié de 65 séances et le groupe témoin de 4 000 élèves ayant évolué dans des

conditions normales². L'action s'est révélée très efficace pour modifier les idées mais pas les comportements.

De même, nous sommes tous informés et convaincus de la nécessité de donner son sang. Donnons-le nous pour autant ? Sentez ce décalage entre les idées et les comportements. Pourtant, il suffirait d'un rien pour que, tout à l'heure, nous allions donner notre sang, pour passer des bonnes idées qui sont les nôtres au bon comportement que nous n'avons pas. Il suffirait d'un rien. Et ce « rien », les chercheurs en ont fait un objet d'étude.

3. La découverte du chaînon manquant

Nous sommes aux Etats-Unis dans les années 1940. Une vaste campagne menée tambour battant autour du thème « Mangez des abats ! » semble n'avoir aucune efficacité. Les responsables de la santé publique demandent alors à Kurt LEWIN* de mettre l'état du savoir et son intelligence au service de cette question qui nous intéresse aujourd'hui : « Comment amener les gens à faire ce qu'ils ont à faire ? ».

La première idée de Kurt LEWIN consiste à optimiser un argumentaire qu'il teste auprès de petits groupes de ménagères. Elles sortent informées, convaincues et motivées. Si les comportements découlaient des idées, il aurait pu crier victoire. Mais lorsqu'il fait son étude, il apparaît que 3 % seulement de ces ménagères informées, convaincues et motivées ont effectivement servi des abats. Il vient de découvrir ce fameux « décalage entre la sphère des idées et la sphère des comportements ».

Conscient qu'il sait promouvoir les idées mais non les comportements, Kurt LEWIN s'efforce alors de trouver un moyen de

* Kurt Lewin : psychologue américain (1890 – 1947) spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme.



relier les idées et les actes et découvre que le chaînon manquant est une décision. Il demande alors à Alex BAVELAS**, son complice, de faire en sorte que les gens deviennent acteurs et non plus seulement récepteurs. Cela conclut donc désormais les entretiens en demandant aux ménagères qui ont réellement l'intention de servir des abats de lever la main : le score passe alors de 3 à 32 %.

Autrement dit, il ne tient à rien de passer de l'intention à l'action : ce n'est ni leur aversion pour les abats, ni l'amour pour leurs enfants qui a présidé au changement de comportement de ces femmes mais un simple jeu de circonstances qui a fait que l'on a demandé à certaines et pas à d'autres de lever la main.³

II. La communication engageante

1. L'acte engageant

Telle est la première pierre sur laquelle, progressivement, le savoir s'est édifié. Cette petite décision, en réalité souvent très facile à obtenir, peut transformer l'observateur en acteur et le lâche en héros.

A New York, quelques décennies plus tard, quelqu'un mange ses hors-d'œuvres lorsqu'une personne vient s'installer à la table d'à côté. Cette personne est munie d'un cartable magnifique qu'elle pose sur la table avant de se lever pour demander du feu à l'homme aux hors-d'œuvre. Le « oui » obtenu, la personne se retire et le cartable reste. Une tierce personne arrive alors et s'empare du cartable : dans 90 % des cas, celle-ci plonge le nez dans son assiette et fait semblant de ne rien voir. Or, dans les cas où la victime n'a pas demandé du feu à l'homme aux hors d'œuvres, celui-ci a fait semblant de ne rien voir dans 100 % des cas. Cet exemple montre qu'il ne tient à rien de transformer cet observateur lâche en héros.

Et ce rien, le voici : lorsque l'expérimentateur au cartable demande à l'homme aux hors-d'œuvres si cela ne l'ennuie pas de surveiller son cartable, celui-ci intervient dans 100 % des cas pour sauver le cartable. Les normes sociales d'entraide étant ce qu'elles sont, en effet, jamais personne n'a répondu « non » lorsqu'on lui a demandé de surveiller les affaires. C'est donc le simple fait d'avoir répondu « oui » à une question à laquelle il ne pouvait pas répondre « non », qui transforme le lâche en héros. L'acte héroïque ne dépend nullement de la personnalité de l'homme aux hors d'œuvres mais seulement à un concours de circonstances qui fait que

l'on a demandé à certains et pas à d'autres de surveiller le cartable : sans cela, les certains auraient été les autres.

Mais il y a plus, car, lorsque la personne quitte le restaurant, dans un cas elle est fière de ce qu'elle a fait et se dit qu'elle est une personne formidable, dans l'autre, elle est rongée par la culpabilité et le remords. Et lorsque le héros raconte son exploit à ses proches, ceux-ci lui répondent : « cela ne m'étonne pas de toi ». La personne établit donc un lien entre ce qu'elle a fait et ce qu'elle est, entre son comportement et sa personnalité, ses valeurs, alors même que ce qu'elle a fait n'est que le fruit des circonstances.

2. Les actes préparatoires

Il ne suffit pas toujours de demander pour obtenir. Certaines décisions sont plus difficiles à obtenir que d'autres. Et ce serait une faute de demander à des gens de prendre une décision lorsqu'ils ne seraient pas prêts à la prendre. Ce principe est fondamental. En revanche, on peut préparer, dès aujourd'hui, les décisions, les comportements et les engagements que nous souhaitons obtenir demain. Tel est l'intérêt des actes préparatoires.

Des psychologues américains⁴ ont souhaité obtenir des gens, il y a quelques années, qu'ils mettent dans leur jardin un panneau d'un mètre sur deux indiquant « Ralentir, prudence ». Même en sachant que des enfants avaient été fauchés, seulement 16 % d'entre eux acceptaient lorsqu'on leur en faisait la demande directement. En revanche, lorsqu'on a demandé aux gens d'afficher un autocollant plus petit quinze jours auparavant, ils sont alors 76 % à accepter de mettre le grand panneau d'un mètre sur deux dans leur jardin. Quatre fois plus de personnes acceptent et, là encore, cela ne tient à rien : à un simple jeu de circonstances qui fait qu'ils ont été préparés et d'autres pas.

Ce qu'il y a de formidable avec les actes préparatoires, c'est qu'ils permettent parfois d'aboutir au comportement attendu sans que l'on ait à demander quoique ce soit. Or tel est bien l'objectif qu'il faut rechercher. Car un médecin ne peut pas toujours être derrière son patient : il faut que les gens fassent spontanément ce qu'ils ont à faire.

Nous voici maintenant dans le cœur historique de Aix-en-Provence, quelqu'un, en sortant son téléphone portable de sa poche, laisse tomber un billet de 10 euros : 20 % seulement des gens avertissent la personne de la perte de ce billet de 10 euros. Les 80 % restants empochent le

billet. Or, dans ce cas précis, on ne peut demander directement à la personne de nous faire savoir que l'on a perdu un billet de banque. Il s'agit donc de l'amener à le faire spontanément.

Voyez comme cela est facile : lorsqu'un second expérimentateur demande son chemin à la personne testée peu avant que le premier expérimentateur ne laisse tomber le billet de banque, celle-ci rend le billet dans 40 % des cas. Encore une fois, il n'a tenu à rien de multiplier le score par deux. Mais on peut encore faire mieux : si le second expérimentateur demande à la personne testée de réexpliquer le score passe alors à 55 %. Et s'il demande à la personne de l'accompagner parce qu'il ne comprend pas bien le français, la personne testée rend le billet dans 70 % des cas. Tout cela tient donc à un jeu de circonstances plus qu'à la personnalité des individus ou à leurs valeurs.

- 1. Il ne suffit pas d'imposer pour obtenir
- 2. Il ne suffit pas de modifier les idées pour modifier les comportements
- 3. Ne jamais rater une opportunité de doter d'un statut de *décideur* les personnes dont on recherche le concours
- 4. Préparer (aujourd'hui) les décisions et les comportements que l'on attend (demain) \Rightarrow les actes préparatoires
- 5. Promouvoir des identifications de l'action élevées (idéalement qui fassent sens pour moi et pour les autres)

On peut résumer ces enseignements en ayant recours à la fable de la pierre, du mur et de la cathédrale : « *Lorsqu'un fils, de retour de l'école, demande à son père maçon ce qu'il a fait de sa journée, ce dernier ne produit pas du tout le même effet lorsqu'il répond « J'ai porté des pierres » et lorsqu'il répond « J'ai construit une cathédrale ».* Et lorsque le réveil sonne, il est plus facile de se lever dans un cas que dans l'autre. Cette question du sens que l'on donne à nos actions est donc fondamentale.

Références

2 Peterson, A.V., Kealey, K.A., Mann, S.L., Marek, P.M. & Sarason, I.G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1979-1991.

3 Lewin, K. (1947). Group decision and social change. Dans T. Newcomb, E. Hartley (Eds.), *Readings in Social Psychology*. New York : Holt.

4 Freedman, J.L. et Fraser, S.C. (1966). Compliance without pressure : the foot-in-the-door technic. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 195-202.

POUR EN SAVOIR PLUS : Joule et Beauvois (2014) *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, PUG.

III. Questions/Réponses entre les orateurs et la salle

Quid de l'usure du temps et de l'observance à long terme ?

Le plus difficile est d'enclencher une dynamique mais ensuite, bien entendu, il faut l'entretenir. La formule d'un processus qui s'entretient de lui-même et qui peut durer dans le temps est : « s'il m'arrivait de ne pas, merci de me le faire savoir ». S'il m'arrive de déroger à une règle, merci de me le faire savoir : on s'autorise à faire savoir à quelqu'un qu'il prend des risques pour sa vie ou pour les autres. Ce devoir d'interpellation est fondamental. Cela permet de modifier complètement une culture.

Nos sociétés occidentales n'ont-elles pas tendance à normaliser l'individu ?

Voltaire disait : « Plus les hommes seront éclairés, plus ils seront libres. » Il me semble essentiel, en effet, de comprendre les processus par lesquels nous allons, parfois, où nous ne voulons pas aller. Lorsqu'il s'agit de construire un pont, une tour ou un avion, que demande-t-on aux professionnels sinon d'avoir une pratique qui soit en adéquation avec l'état du savoir ? Il existe un savoir sur l'homme : pourquoi ne l'utilisons-nous pas ?

Pr Olivier OULLIER

Nous sommes entrés dans une ère dans laquelle un individu isolé a la possibilité de diffuser de manière globale des informations qui peuvent miner la réputation de ce que l'on considèrerait encore il y a peu comme des géants invulnérables. Cela est d'ailleurs arrivé à *Kellogg's* face à un petit épicier de l'état du *Rhode Island* qui a fait scandale en dénonçant l'usage abusif du terme « naturel » par la marque. Cela n'exclue certes pas la normalisation mais cela oblige les grands groupes à faire preuve d'une extrême prudence : nous ne sommes jamais aussi dangereux que lorsque nous sommes informés.



** Alex Bavelas : psychosociologue américain.

Comment faire en sorte qu'une personne se tienne à une décision ?

Pr Olivier OULLIER

« Arrêter de fumer est facile, disait Mark TWAIN. Je l'ai fait un millier de fois ». Faire en sorte que le changement soit durable est en effet encore plus compliqué que réussir à le provoquer. Il y a de nombreuses façons d'engager les gens et tout dépend du sujet en réalité mais la notion de « rythme » et la notion de « plaisir » sont essentielles, selon moi.

Au Royaume-Uni, par exemple, on a réussi à augmenter de 22 % le nombre de rendez-vous honorés en obligeant les patients à remplir eux-mêmes la fiche de rendez-vous.

Pr Robert-Vincent JOULE

Il s'agit, encore une fois, de les rendre acteurs en obtenant de leur part ce que j'ai appelé tout à l'heure un « acte préparatoire ».

Pr Olivier OULLIER

Il n'y a pas de solution miracle et générique. Les choses qui fonctionnent se font sur mesure, par ajustements successifs. C'est un travail de tailleur, sinon un travail d'orfèvre.

Il existe donc un écart important entre ce que déclarent les fumeurs et ce qu'ils ressentent réellement : faut-il cesser d'interroger les gens sur ce qu'ils ressentent ?

Pr Olivier OULLIER

Il faut cesser de se baser exclusivement sur ce que les gens verbalisent. Mon travail consiste à mettre en place des expériences permettant de mesurer l'écart entre le comportement réel et le comportement déclaré. Les personnes que nous arrivons le mieux à convaincre de changer de comportement sont celles pour lesquelles l'écart entre le déclaratif et le réel est le plus faible.

Pr Robert-Vincent JOULE

Il y a quelques années de cela, un sociologue avait interrogé des familles afin de savoir pourquoi elles refusaient que l'on fasse un prélèvement d'organe sur leur parent décédé. Mais ce que l'on recueille, par ce biais-là, ce ne sont pas les raisons du refus : seulement ce que les gens disent des raisons du refus. Les gens ne disent

jamais, par exemple, qu'ils ont refusé le prélèvement parce que la personne qui leur en a fait la demande est la même qui leur a annoncé la mort de leur proche. Il faut donc bien faire la distinction entre ce que nous disons à propos de nos comportements et les déterminants de nos comportements, qui en général nous échappent.

Pr Olivier OULLIER

De même, lorsque j'ai été interrogé devant la Faculté par un institut de sondage qui voulait savoir ce que j'avais regardé la veille à la télévision, je ne pouvais pas répondre devant mes étudiants que j'avais regardé TF1 : j'ai répondu que j'avais regardé Arte.

Pr Robert-Vincent JOULE

Lors de l'expérience du billet de banque à Aix-en-Provence, nous avons interrogé rétrospectivement les personnes testées pour savoir pourquoi ils avaient rendu le billet : ils ont tous répondu que c'était normal, qu'ils étaient comme cela. Ce type de réponse illustre le passage d'un déterminisme externe vers un déterminisme interne : personne n'a répondu que c'était à cause de la personne qui leur avait demandé son chemin.

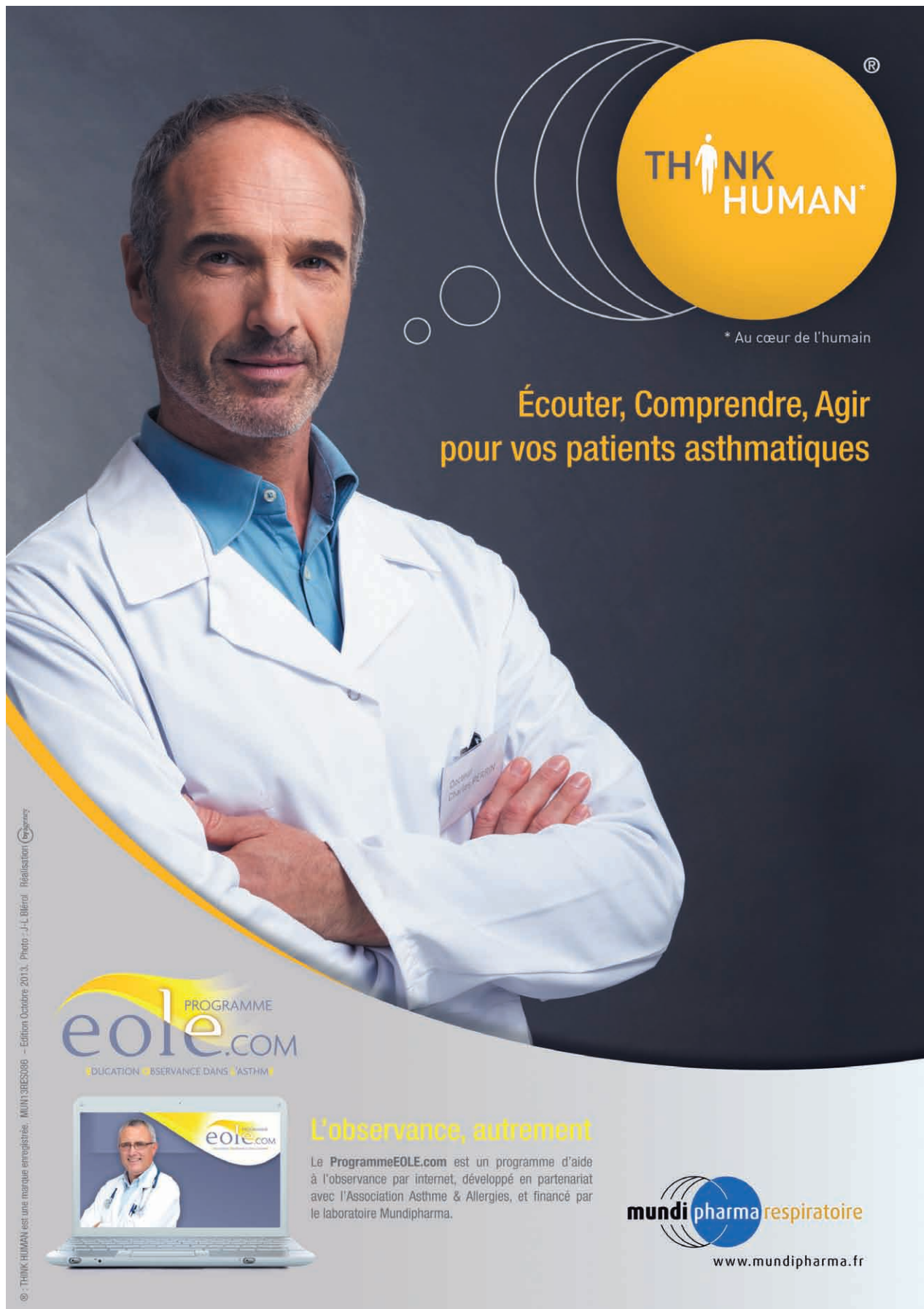
Pr Olivier OULLIER

Selon moi, les études les plus faussées sont celles sur les comportements écologiques et de protection de l'environnement. Vous marchez dans la rue, vous vivez votre vie et soudain quelqu'un vous interpelle en vous demandant s'il est important pour vous de protéger l'environnement. Mais qui répondrait « non » à cette question aujourd'hui ? Le principe de « désirabilité sociale » veut, en effet, que personne n'a envie de passer pour une méchante personne. Cela ne signifie pas que les gens sont hypocrites ou menteurs mais seulement qu'ils ont d'autres priorités dans la vie et que, au moment où on leur pose la question, cela faisait des semaines qu'ils n'avaient pas pensé à l'environnement.

Pr Robert-Vincent JOULE

Lorsque l'on demande aux gens s'ils seraient prêts à ramasser les papiers par terre si l'occasion s'en présentait, 95 % d'entre eux répondent « évidemment ! ». Lorsque l'on observe leur comportement, on s'aperçoit que seulement 2 % d'entre eux le font.

Notes :



THINK HUMAN[®]

* Au cœur de l'humain

Écouter, Comprendre, Agir
pour vos patients asthmatiques

PROGRAMME
eole.COM
ÉDUCATION OBSERVANCE DANS L'ASTHME

L'observance, autrement

Le ProgrammeEOLE.com est un programme d'aide à l'observance par internet, développé en partenariat avec l'Association Asthme & Allergies, et financé par le laboratoire Mundipharma.

mundipharma **respiratoire**
www.mundipharma.fr

© : THINK HUMAN est une marque enregistrée. MUNI365088 - Édition Octobre 2013. Photo : J.-L. Bérard - Réalisation Agency