

Le dialogue pédagogique et la gestion mentale de la maladie. Cas du HIV

Hocine NOUANI

Université d'Alger2

Résumé :

Cet article s'intéresse à l'importance de l'information et de la prise de conscience par les patients de leur maladie, ces deux facteurs jouent un rôle important dans la gestion rationnelle de la vie quotidienne. Il s'agit de l'application d'un protocole de sensibilisation des sujets en agissant sur leurs cognitions.

Les résultats montrent une corrélation négative forte entre l'angoisse vécue par les sujets et leurs connaissances de la maladie, en même temps, qu'ils existent des différences statistiquement significatives entre les résultats du pré et post test après la passation du protocole.

Le SIDA, une maladie une fois contractée, ne va pas seulement porter atteinte au système immunitaire du malade, mais provoquera un bouleversement total dans la vie psychique et sociale de ce dernier. Ainsi, l'intéressé en plus des lourdeurs des soins médicaux, va affronter une infinité de problèmes dont il aimerait bien s'en passer. Plusieurs études ont mis en évidence les différentes difficultés que rencontrent les malades dans leur vie quotidienne. Dans une étude sur un groupe de 30 malades (HIV ; sidéens déclarés ou séropositifs) et en réponse à un questionnaire, il a été constaté que le gros du problème que devaient affronter les patients est celui du regard de la société envers leur maladie. Souvent considérée comme une maladie honteuse engendrant moqueries, réflexions, et même rejet de la part de la société (NOUANI H, 2007). Cette situation à son tour va avoir un effet néfaste sur l'appareil psychique du malade et provoquera, également une désorganisation de l'appareil mental. Une forte corrélation statistiquement significative entre le type de rapports et l'état psychique du malade a été confirmée dans la même étude (NOUANI H, Ibid.). Ainsi, après l'analyse statistique des résultats à travers le test des corrélations de Pearson et le calcul des coefficients, nous avons obtenu la valeur suivante : $r_p = .80$, $p < .005$, le score indique une forte corrélation entre les différentes variables.

Cette situation va engendrer des troubles graves de la personnalité tels que l'agressivité, l'anxiété, la fermeture sur soi (refus des soins) et même apparition de comportements anormaux comme la délinquance. Ces comportements vont se répercuter sur la vie de famille du malade, et même souvent à l'éclatement de la cellule familiale. Dans un entretien clinique avec l'entourage d'un sidéen (BELAID A, 2007), la maladie du père a provoqué non seulement la séparation des deux parents mais la défection des enfants du foyer familial. La mère par crainte de contamination a décidé de quitter la maison et le père par réaction décide la rupture du contrat de mariage. Les enfants se retrouvant désemparés décident à leur tour de quitter le foyer. Une des filles rejoignant le père émigré à l'étranger et, par faute et incapacité de s'occuper de sa progéniture pour raison de maladie, la fille va se retrouver dans la rue. Etant privée de financements elle se livre à la drogue pour finir par se faire contaminer à son tour. Dans les deux investigations sus citées, il a été constaté que l'information et la prise de conscience de la maladie jouaient un rôle important dans la gestion rationnelle de la maladie et même de la vie quotidienne, et pouvait avoir un impact particulier sur l'angoisse. Ainsi, les deux études montrent qu'il existe des différences statistiquement significatives dans la gestion et l'appréhension de la maladie selon les niveaux d'instruction des patients. En appliquant le T-test sur deux groupes de patients de niveaux d'instruction différents, les résultats confirment ces différences entre les deux groupes en faveur du groupe dont le niveau d'instruction est élevé. Ces dernières vont en s'accroissant au fur et à mesure que le niveau monte comme le montre le tableau N°1 (NOUANI H, Ibid).

Tableau N°1 : Résultats indiquant les différences entre les deux groupes en fonction du niveau d'instruction

α	df	tc	Différences entre les moyennes	Variances	Moyennes	Groupes	N
0,05	28	24	10	19	13	G1, niveau d'instruction élevé	15
				25	3	G2, niveau d'instruction bas	15

T (df=28)= 24 p<0,05

La valeur de t calculée est de 24 (t tabulée = 1.70), pour $\alpha = 0.05$, ce qui confirme bien les différences.

Après toutes ces données nous avons décidé de lancer une prise en charge psychologique par l'application d'un protocole de sensibilisation des malades. Nous sommes partis d'une hypothèse principale qui stipule que la sensibilisation du patient sur la maladie permet une meilleure compréhension et un comportement plus approprié de la part des protagonistes envers la maladie, qui à son tour va se répercuter positivement sur l'état psychique et mental des malades, l'anxiété à titre d'exemple. L'hypothèse a été suivie de deux hypothèses partielles :

- * Il existe une relation de corrélation négative (inverse) entre l'anxiété provoquée par la maladie et la prise de conscience (connaissance) de cette dernière.

- * Il existe des différences statistiquement significatives entre les résultats du pré et post test après passation du protocole.

Un programme pédagogique a été lancé pour l'accomplissement de cette tâche dans le cadre de la thérapie cognitive. Il s'agit d'un protocole de prise en charge psychologique du malade, en agissant sur ses cognitions dans le but d'arriver à un changement des représentations mentales de l'individu. Une fois les procédures psychométriques de l'outil de travail satisfaites, à savoir sa validité scientifique, il a été procédé à son application sur un groupe de 80 malades chroniques dont une dizaine de Sidéens. Nous avons adopté et appliqué quelques principes théoriques et méthodologiques d'une méthode connue sous le vocable de gestion mentale⁽¹⁾. Cette dernière procède à une analyse des processus mentaux et œuvre à les décrire et amener le sujet à agir suivant des consignes préalables pour saisir une procédure. Les autres canaux de communication sont également pris en considération, le geste à titre d'exemple, car ce dernier est aussi indispensable pour résoudre les problèmes qu'ils soient de

¹) A. de La Garanderie, l'initiateur de la gestion mentale dans les années 80.

nature concrète ou abstraite. Le geste est analysé en décrivant ce que peut apporter la souplesse mentale en tenant compte des capacités de chacun. Ainsi, la gestion mentale essaie d'expliquer à l'individu comment développer sa créativité et l'exploiter pour travailler les cognitions. Cette technique s'intéresse à la conscience dans l'apprentissage, et explore les spécificités cognitives des personnes. C'est une méthode qui montre comment focaliser son attention, et optimiser sa mémoire, elle stimule la réflexion, la compréhension et l'imagination. Elle se sert du dialogue pédagogique comme outil de travail principal. Ce dernier est utilisé pour découvrir et enrichir les moyens d'apprendre et aider ainsi l'individu à s'adapter aux situations difficiles. Il s'agit d'une analyse de la conscience cognitive sur les habitudes mentales du sujet et le pousser à découvrir et par conséquent à se découvrir et valoriser ses ressources mentales qui serviront à construire ses cognitions. Lors d'une prise d'information, les processus de la pensée consciente sont explorés et étudiés, dont le but est la prise de conscience de la maladie par le patient, dans pareille situation, le cas du SIDA est révélateur. Ainsi, Chaque sujet met en place une méthode personnelle de traitement de l'information, Il est mis en évidence le rôle fondamental de l'évocation comme outil de la pensée transformée en image mentale, visuelle, auditive ou verbale, par laquelle le sujet rend mentalement présent le monde (De La GARANDERIE A, 1995). Le terme d'évocation désigne un processus qui, partant d'acquis et d'indices perceptifs, les organise en une forme mentale personnelle, en référence à des contenus particuliers rendant la pensée accessible à un vécu de conscience. Il structure les gestes mentaux telles que l'attention, la mémorisation, la réflexion et l'imagination (De La GARANDERIE A, idem). L'évocation verbale est associée à des constructions mentales en rapport avec la mémoire, et le travail consiste à construire des représentations mentales sur un thème déterminé (Le SIDA). Il est un moyen de la pensée et de la description du monde mentale en relation avec des concepts de projet et de perception. L'évocation essaie également d'expliquer ce qui se passe à l'intérieur du mental et œuvrer à agir sur les représentations pour éventuellement les amender dans le sens positif. Le sujet prend conscience par introspection de ses évocations et de ses itinéraires mentaux au moment où il accomplit une tâche. La gestion mentale vise l'autonomie de

l'individu en le rendant conscient de ses habitudes mentales, afin qu'il puisse les utiliser au mieux et les enrichir. Cette prise de conscience se fait par le biais du dialogue pédagogique (GARDOU Ch, 1995). Ce dernier est un moyen qui privilégie l'introspection, avec comme but principal la connaissance de soi et la valorisation de l'identité cognitive du sujet quel que soit son handicap ou sa maladie. C'est un moyen d'analyse utilisé par le pédagogue pour aider le sujet à prendre connaissance de ses propres procédures mentales. Il permet de mettre au point des procédures efficaces, et il est en même temps un outil pédagogique à destination de l'apprenant. Il a pour finalité d'aider l'apprenant à prendre conscience de ses procédures, dans un but d'efficacité. Il est également question de repérer les signes cliniques et les irrégularités des processus mentaux défaillants responsables des troubles, et mettre en place des moyens thérapeutiques adéquats. Il aide à élargir les compétences et transférer les habitudes mentales efficaces aux domaines de difficulté et finalement proposer d'autres stratégies mentales pour inciter le sujet à élargir ses propres automatismes mentaux afin d'améliorer son savoir, pour enfin l'amener (le sujet) à mieux connaître son fonctionnement mental et le pousser à construire ses propres méthodes de travail dans tous les domaines pour une meilleure performance (De La GARANDERIE A, 2002).

Analyse des résultats :

Pour vérifier les hypothèses émises, nous avons adopté deux approches.

A- Une approche clinique pour le contrôle des variables, qui en réalité est plus une procédure de choix de la population et des outils de travail.

1-Pour la sélection des éléments du groupe (n=80), nous avons procédé à l'étude des dossiers. Il s'agit de quatre types de dossiers : des dossiers administratifs, des dossiers médicaux, les bilans/observations, les dossiers cliniques. Cette démarche nous a permis de contrôler quelques variables importantes à savoir :

-l'âge des malades varie entre 30 et 45 ans ; en effet nous avons remarqué, que les malades de cet âge montrent plus de souplesse à comprendre les consignes des examens.

-pour ce qui concerne le sexe, il n'a pas été pris en considération la différence des sexes, ces derniers ont été choisis aléatoirement.

-Le niveau d'instruction des patients (même s'il n'en sera pas tenu compte dans cet article en particulier).

2- Pour la sélection des outils de travail nous avons utilisé deux échelles de mesure 2-a : Une échelle de mesure de l'anxiété ;

2-b : Une échelle de contrôle des connaissances ; comme pré et post test.

B- Une approche empirique pour la vérification des hypothèses. Dans cette approche, nous avons appliqué le protocole de prise en charge. Après six séances de travail nous avons obtenu les résultats suivant :

Pour vérifier la première hypothèse partielle de travail nous avons procédé à une analyse statistique des résultats à travers le calcul du coefficient de corrélation et nous avons obtenus les résultats suivants : Tableau N°2 : Résultats indiquant les corrélations entre les deux variables anxiété et connaissance/prise de conscience de la maladie

rf	v	α	N	r
0.37	2	0.01	80	-0.79

$r(-0.79) = 0.37, p < 0.01$

Ainsi, après le calcul des coefficients, nous avons obtenu la valeur suivante :

$r(-0.79) = 0.37, p < 0.01$, il est à constater une corrélation forte mais inverse entre les scores obtenus dans l'échelle de mesure de l'anxiété et l'échelle de contrôle des connaissances, avec un coefficient de corrélation à valeur négative égal à -0.79. L'explication de ce phénomène réside dans le fait que plus la prise de conscience de la maladie est importante moins l'anxiété est persistante. Cette forte corrélation vient confirmer notre hypothèse, et montre l'influence positive de la sensibilisation sur la maladie.

Pour vérifier la deuxième hypothèse partielle de travail nous avons procédé à une analyse statistique des résultats à travers le test t et nous avons obtenu les résultats suivants :

Tableau N°3 : Résultats indiquant les différences entre les deux situations du pré et post test :

α	df	tc	Différence entre les moyennes	Variances	Moyennes	Epreuves	N
0,01	78	26,00	30	31,22	39	Post-test	80
				37,14	9	Pré-test	80

T (df=79)= 26,00 p0,01

La valeur de t calculée est de 26,00 (t tabulée = 1.70), pour $\alpha = 0.01$. Ainsi, nous constatons qu'il existe des différences significatives entre la passation du test de contrôle de connaissances avant la prise en charge psychologique (avant le protocole) et la deuxième passation à savoir après que les patients aient subi la prise en charge de prise de conscience de la maladie. Ainsi, l'hypothèse se trouve confirmée, et il en ressort que les malades ayant bénéficié d'une prise en charge pédagogique ont une perception plus élaborée des leur maladie et ceci se répercute sur leur état psychique par une diminution de l'anxiété et même sur leur comportement comme indiqué par les résultats de l'hypothèse précédente.

Conclusion :

En guise de conclusion, nous dirons que l'importance de la sensibilisation du malade sur sa maladie est d'une importance primordiale. Les études présentées dans ce travail ont bien confirmé les hypothèses avancées et les différentes analyses statistiques ont bien démontré les corrélations et les différences qui existent entre les différentes variables. Ainsi, beaucoup de difficultés peuvent être surmontées si le côté psychologique du malade est pris en charge en parallèle avec le côté médical.

Bibliographie :

- AUSTIN.J-L : **Quand dire, c'est faire.** Seuil, Paris, 1972. 1e éd. Oxford. 1964.
- BAKHTINE.M: **Esthétique de la création verbale.** Paris, Ed. Gallimard, 1984.
- BELAID A : **Relation entre l'anxiété et la réussite professionnelle chez les malades chroniques.** Magister de Psychologie, Univ Alger, 2007.
- BRUNER.J-S : **Car la culture donne forme à l'esprit.** De la révolution cognitive à la psychologie culturelle éd Eshel, 1991.
- CARONJ : **Les régulations du discours.** Psycholinguistique et pragmatique du langage.P.u.f, Paris, 1983.
- De La GARANDERIE A: **Une pédagogie de l'entraide.** Paris Éditions Ouvrières 1974; Nouvelle édition Lyon Chroniques Sociales. 1994.
- De La GARANDERIE A: **Comprendre les chemins de la connaissance,** Lyon, Chronique Sociale, nov. 2002
- DUCROT.O: **Dire et ne pas dire.** Paris. Herman. 1972.
- FRANCOIS.F: **"Quelques aspects de l'analyse du dialogue".** Coord. FRANCOIS.F. Paris, Univ. Par. V. Journée d'études. Août 1981, C.n.r.s. E.r.a.
- FRANCOIS F: **"Ebauches d'une dialogique".**In Connexions, n°38. 1982, pp 61-88.
- FRANCOIS.F : **Les pratiques de l'oral.**Nathan. Paris, 1993.
- GARDOU Ch : **La gestion mentale en questions. A propos des travaux d'Antoine de la Garanderie.** Ramonville Saint-Agne, Erès. 1995.
- GIRARDIN.C: **" Dialogue adulte-enfant".** Contribution à l'étude du dialogue. Acquisition du langage et conditions de communication. Paris, Ed. Selaï, 1983.
- JACQUES.F: **Dialogique. Recherches sur le dialogue.** Paris, P.u.f, 1979.
- JACQUES.F : **L'espace logique de l'interlocution.** P.u.f, Paris, 1985.
- KERBRAT-ORECCHIONI.C: **L'énonciation de la subjectivité dans le langage.** Paris, Ed. Colin A, Paris 1980.
- LABOV.W: **Thérapie discursive.** Psychotherapy and conversation, Labov , Faushel D. London, Academy Press, 1977.
- NOUANLIH : **"Les conduites langagières et la norme scolaire"** in *Psychologie*, n°4. 1994. pp 93-102.
- NOUANLIH : **"Langage et classes sociales"**

in *Revue algérienne de psychologie et des sciences de l'éducation*, n°6, 1995, pp 29-41.

NOUANI.H. "Ebauche d'analyse du discours"

In *Psychologie*, n°5,6, 1995-96, pp 213-239.

NOUA NI H : Estime de soi et adaptation professionnelle chez le sidéen.

In *revue du laboratoire d'Education et de santé mentale*. N°2 , 2011.

VYGOTSKY.L-S : *Pensée et langage*.

éd Sociales, Paris, 1985.

WALLON.H : *De l'acte à la pensée*.

Flammarion, 2e éd, Paris, 1970.