

Effet de la formation en psychologie sur l'interprétation causale d'un cas clinique

Daniel Gilibert, Ingrid Banovic

► **To cite this version:**

Daniel Gilibert, Ingrid Banovic. Effet de la formation en psychologie sur l'interprétation causale d'un cas clinique. 2009. hal-00589230

HAL Id: hal-00589230

<https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-00589230>

Preprint submitted on 28 Apr 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Effet de la formation en psychologie sur l'interprétation causale d'un cas clinique

Document de travail des auteurs d'un texte par la suite publié en anglais

Gilibert, D. & Banovic, I. (2009). Effect of the training in psychology on the causal interpretation of a clinical case. *European Journal of Psychology of Education*, 24, 373-385. DOI: 10.1007/BF03174767

Effet de la formation en psychologie sur l'interprétation causale d'un cas clinique

Résumé :

Cette étude a pour objectif de voir comment la formation en psychologie amène les étudiants (entre le début et la fin de leur cursus) à considérer que les troubles psychologiques proviennent de facteurs dispositionnels propres aux patients notamment en cas d'échec thérapeutique (Erreur Fondamentale d'Attribution Causale et Interprétation « Après-Coup »). Face à un cas clinique de maladie somatique avec des répercussions psychiques et dont l'effet d'un premier traitement restait ambigu, les étudiants devaient pronostiquer si le traitement devait à nouveau être administré ou s'il y avait eu guérison ou enfin si on ne pouvait conclure. Ils devaient également définir les éléments ayant pu contribuer à l'évolution de la maladie sur des échelles d'attribution causales (C.D.S.II).

Il apparaît que les étudiants en fin de cursus sont plus aptes à conclure qu'on ne peut établir de pronostic (au moins la moitié d'entre eux). Néanmoins lorsqu'ils retiennent la nécessité de reprendre le traitement, ils considèrent plus fréquemment que l'état de santé du patient est en partie liée à des déterminants dispositionnels et contrôlables par le patient. En début de cursus les étudiants se montrent plus souvent pessimistes sur l'issue du traitement et montrent une nette empathie à l'égard du patient en considérant que l'évolution de son état de santé est uniquement lié à la situation et qu'elle est incontrôlable par lui. Les résultats indiquent donc une interprétation après-coup et Erreur fondamentale partielle en fin de formation permettant de justifier l'échec supposé d'un premier traitement.

Mots-clefs : erreur fondamentale – biais d'après-coup – formation – VHC – jugement clinique

Introduction

La psychologie a depuis longtemps montré que nos perceptions et nos façons d'expliquer les conduites humaines quotidiennes sont influencées par des heuristiques de raisonnement rapide. Ces heuristiques seraient aussi actives dans l'activité clinique des psychologues qui ne peuvent pas être en permanence vigilants à leur influence. Elles peuvent être appréhendées de deux façons différentes. D'une part, elles constituent des erreurs de raisonnement purement logique face à un problème donné. D'autre part, elles sont des stratégies cognitives face à un grand nombre de problèmes à analyser et donc face à un grand nombre d'informations à traiter (Fiske et Taylor, 1991). Néanmoins, en raison de la formation reçue, on peut espérer que les étudiants en Psychologie en sont conscients et aptes à les prendre en considération. La question de l'expertise acquise lors des études en psychologie est alors à soulever. Certains travaux montrent qu'il y a finalement peu de différences concernant le diagnostic posé et sa validité entre un clinicien novice et un clinicien expert (Garb, 1989). Toutefois, ces études portent sur des étudiants en fin de cycle de formation universitaire et des psychologues expérimentés. La question qui se pose alors est celle de la persistance des heuristiques de raisonnement rapide au cours de la formation universitaire, indépendamment de l'expérience professionnelle en tant que psychologue. L'objectif de cette étude est d'étudier comment des étudiants en début de formation (L1) et en fin de formation en Psychologie (Master) établissent un pronostic sur l'évolution d'une prise en charge thérapeutique et quelle analyse causale ils en font. Il s'agit d'évaluer plus spécifiquement l'impact de la formation universitaire sur les heuristiques de raisonnement rapide consistant à surestimer les déterminants causaux liés aux personnes au détriment des déterminants liés à la situation après qu'un pronostic soit posé.

Brève revue de la littérature

Il est communément admis en psychologie que la perception de la réalité quotidienne est influencée par : a) la façon dont nous avons été habitués à voir les choses; b) ce que nous voulons voir ; c) ce qu'on nous a appris à voir ; d) ce que nous avons peur de voir (Dumont et & Lecomte, 1987). Ainsi, afin de comprendre le comportement humain, le quidam a une grille de lecture et des heuristiques de traitement de l'information lui permettant de traiter rapidement les comportements d'autrui (Kelley, 1967, 1973). Or, si ces heuristiques permettent de traiter une grande quantité d'information, elles peuvent avoir lieu aussi bien

dans les raisonnements d'un quidam que dans la compréhension « experte » qu'ont les psychologues de cas cliniques. En effet, certains auteurs montrent que le clinicien est en permanence menacé par la survenue de ces heuristiques dans le processus de réflexion et de compréhension des patients par le clinicien (Dumont & Lecomte, 1987). Leur influence viendrait alors infléchir la qualité et la pertinence du travail d'élaboration et de compréhension clinique.

Afin de rendre le traitement des informations le plus fiable possible et le moins assujéti à la subjectivité de l'expert (psychologue), des biais essentiels ont été mis en évidence. L'un d'entre eux est lié à l'ordre dans lequel les examinateurs ont accès aux données (effet de primauté). L'effet halo ou de contexte peut avoir lieu lorsqu'une caractéristique positive à propos d'une personne entraîne une interprétation plus positive des autres caractéristiques de cette personne, même sans les connaître (et inversement pour une caractéristique négative ; Haverkamp, 1993; Kendell, 1973). Un effet de corrélation illusoire peut également avoir lieu et peut amener à générer une hypothèse sur un patient à partir de la présence de certains comportements a priori symptomatiques. Il consiste à considérer deux aspects psychologiques comme systématiquement liés et induit donc des diagnostics hâtifs. On parle alors de biais de confirmation d'hypothèse lorsqu'on recherche ou intègre des informations supplémentaires pour confirmer (et non pour infirmer) des conceptions pré-existantes. Le biais d'après coup quant à lui est associé à notre tendance profonde à adopter des raisonnements déterministes lors d'interprétations causales postérieures aux événements observés (Hawkins & Hastie, 1990). Enfin, l'erreur fondamentale d'attribution consiste à sous-estimer le rôle joué par la situation dans laquelle se trouve la personne (causes situationnelles ou externes) au profit des causes liées aux dispositions individuelles de la personne (causes dispositionnelles ou internes). Autrement dit, l'individu a tendance à favoriser les causes internes (propres au sujet) au détriment des causes externes dans la compréhension des conduites humaines (Ross, 1977). Cette erreur s'expliquerait par un besoin de voir les conduites humaines comme étant produites par des individus responsables, maîtres de leurs comportements et dont les conduites seraient stables et prévisibles (Beauvois & Dubois, 1987).

Ces tendances naturelles, spontanées devraient être contrôlées et neutralisées dans le cadre de la pratique clinique. Toutefois, certains auteurs viennent pondérer ce vœu pieux. Ainsi, Sultan (2004) souligne le fait que les professionnels ont souvent des difficultés à apprendre, sur la base de leur expérience clinique, car ils ont peu de retours sur leur jugement clinique et ont rarement connaissance de leurs erreurs dans les délais qui leur permettraient de

se corriger. Toutefois, et avant même d'avoir une expérience clinique professionnalisante puis professionnelle, les psychologues cliniciens ont des schémas cognitifs et des théories implicites¹ sur le fonctionnement psychique, la psychopathologie et les évolutions des prises en charge thérapeutique. Ces croyances ont été peu voire pas étudiées. On peut penser qu'en mettant l'individu au centre de ses préoccupations, la psychologie favoriserait chez des novices l'idée que le sujet est responsable de ses actes et de ce qui lui arrive. Si quelques études existent sur les biais mentionnés auparavant, les croyances des psychologues dans le soin et les effets de leurs pratiques sont peu abordées. En revanche, ces croyances ont été un peu plus étudiées chez les médecins. Le travail de Bradley (1995) avait souligné l'importance qu'il y a à faire une différence entre connaissances et croyances dans les bonnes pratiques médicales. En effet, aucun acteur de la prise en charge soignante n'est à l'abri de confusions entre ce qu'il croit appartenir aux domaines des connaissances scientifiquement validées amenant aux bonnes pratiques et ce qui, en fait, ne fait qu'appartenir à son propre schéma de représentations et de croyances. On peut se demander si une telle idée ne peut pas être transposée et appliquée aux psychologues cliniciens. En effet, les cliniciens ont des schémas de représentations non dénués de pertinence mais qui les amènent à penser le problème que rencontre le patient en fonction de la compréhension qu'ils en ont. Dumont & Lecomte (1987) soulignent que les explications vont souvent être formulées conformément aux théories auxquelles les cliniciens se réfèrent en négligeant parfois des éléments de la situation clinique rencontrée. Si les variables qui contribuent à l'apparition de troubles sont multiples et nombreuses, les cliniciens, dans leur pratique, ne peuvent concentrer leur attention que sur une partie d'entre elles.

Si l'expérience clinique a une moindre importance dans la justesse du diagnostic posé (Sultan, 2004 ; Garb, 1989), la façon dont un clinicien doit poser un diagnostic et penser son activité clinique est abordée plus spécifiquement dans le cadre de la formation universitaire en Master. Autrement dit, un certain nombre de processus amenant au diagnostic se structurent au cours du cursus de formation universitaire. Toutefois, il n'en reste pas moins vrai que l'étudiant reste et restera un être humain soumis à sa subjectivité. On peut toutefois penser qu'un étudiant en début de cursus et un étudiant en fin de cursus n'appréhenderont pas la situation clinique de la même façon. Rappelons, qu'il a déjà été observé que la formation suivie peut amener les étudiants à changer de points de vue, au moins sur l'origine de problèmes de société généraux. Ainsi Guimond et Palmer (1990 ; Guimond, Beguin, Palmer,

¹ Pour certaines explicites et théorisées mais aussi parfois simplifiées ou assimilées à d'autres éléments de connaissance moins académiques.

1989) constatent que le fait de suivre une formation en Sciences Sociales et plus précisément en sociologie amène les étudiants à développer une interprétation plus situationnelle de ces phénomènes qu'ils ne le faisaient au départ ou que ne le font d'autres étudiants. Toutefois, il n'existe pas à notre connaissance de travaux qui évaluent ce qui se modifie chez les étudiants en psychologie notamment lorsqu'il s'agit d'interpréter un cas clinique. Il apparaît donc important et nécessaire de comprendre ce qui appartient au sujet en début de cursus et qui perdure, et, ce qui se modifie sous le poids de la formation universitaire.

Hypothèses

Hypothèses concernant le pronostic

En raison de leur peu de connaissances sur les études en psychologie de la santé (et en psychologie médicale) et en psychologie en général, les étudiants en L1 constituent une population "naïve" ou "novice". En raison de ce noviciat, ils devraient répondre de façon spontanée et conventionnelle: ils devraient interpréter un cas clinique en se conformant à des heuristiques et plus précisément être soumis à une erreur fondamentale d'attribution causale. Ainsi, face à un cas médical évoquant les corrélats psychiques d'une maladie somatique potentiellement résistante à un traitement médical, les étudiants de L1 devraient être tentés de penser que le traitement initial est un échec et qu'un nouveau traitement sera à entreprendre.

Idéalement, les étudiants en Master, en raison de leur formation et des connaissances acquises rechercheront les informations (psychologiques ou non) essentielles qui ne permettent en fait que d'aboutir à un pronostic d'indécision (ce qui est cohérent avec la spécificité de leur expertise en qualité de psychologues et non de médecin).

Hypothèses concernant l'analyse des raisons sous-jacentes au pronostic opéré

Toujours en raison de leur noviciat, lorsqu'on demande aux étudiants de L1 d'analyser les raisons de l'échec du traitement (hypothèse concernant l'issue du traitement), ceux-ci devraient être tentés de voir plus souvent le patient comme responsable de son état de santé (les causes envisagées seraient plus souvent liées au patient et seraient plus souvent contrôlables par ce dernier de leur point de vue).

Les étudiants en Master, en raison de leur formation et des connaissances acquises (notamment sur le rôle du patient dans l'observance thérapeutique), prendront plus en compte la complexité de la situation clinique exposée (maladie d'origine purement somatique dont les

troubles psychiques ne sont qu'une conséquence et comportement effectivement observant du patient). On peut s'attendre à ce qu'ils confèrent un contrôle plus important non pas au patient mais aux soignants (postuler qu'un soin a un effet implique une action du soignant, que ce soin soit médical ou psychologique).

3. Méthodologie

Les étudiants dans un premier temps devaient lire un cas clinique d'un patient (Francis, âgé de 43 ans) atteint du virus de l'hépatite C (VHC) qui se manifeste généralement par une très grande fatigue et dont le traitement a pour effets secondaires un syndrome pseudo-grippal et des symptômes dépressifs totalement réversibles après l'arrêt de celui-ci. Après une brève anamnèse, quelques informations sont données sur la situation familiale de Francis, sur son état clinique et ses difficultés psychiques (cf. Annexe). Le choix d'une maladie somatique est relatif à la pratique quotidienne de certains psychologues cliniciens. En effet, beaucoup de professionnels interviennent auprès de ces patients qui s'interrogent sur leur état médical et leur devenir. De plus, certains d'entre eux peuvent aussi présenter un tableau clinique de souffrance psychique. Le cas de Francis présente les deux conditions. Il est par ailleurs précisé dans le texte que seul un examen somatique approfondi permet de savoir si le traitement a éradiqué ou non le virus de l'hépatite C. Autrement dit, à la lecture seule du cas, l'étudiant ne peut répondre à la question du pronostic (qu'il soit psychologue ou même médecin)².

Après cette vignette clinique, un certain nombre de questions écrites étaient posées aux étudiants.

La première question était relative à l'issue du traitement de Francis. Trois choix de réponse étaient proposés : la reprise d'un second traitement, ne sait pas ou une guérison totale.

Il leur était également demandé s'ils pensaient que ce qui avait déterminé l'évolution de la maladie de Francis a) *Était plutôt liée à la situation* b) *Était plutôt liée à lui-même*, c) *Était*

² Un cas médical (plutôt qu'un cas purement psychologique) ainsi qu'un pronostic médical ont été choisis dans la mesure où aucun savoir explicite en psychopathologie clinique ne permet a priori de répondre. Se prononcer sur une guérison ou une reprise du traitement relèvent donc nécessairement d'une réponse subjective : la seule réponse recevable comme exacte est "ne sait pas" (Seul un étudiant en médecine, s'il a reçu la formation nécessaire, pourrait répondre mais il devrait répondre également qu'il « ne sait pas »).

peu susceptible d'évoluer dans le temps d) *Etait susceptible d'évoluer dans le temps*, e) *Etait contrôlable par le patient*, f) *N'était pas contrôlable par lui*, g) *N'a de conséquences que sur sa maladie*, h) *A des conséquences sur sa vie en général*, i) *Etait contrôlable par les soignants*, j) *N'était pas contrôlable par les soignants*, k) *Etait contrôlable par la famille*, l) *N'était pas contrôlable par la famille*. En face de chacune de ces affirmations, les sujets indiquaient leur degré d'accord (sur une échelle d'opinion de Likert en 7 points allant de « pas du tout » à « tout à fait » par la suite codée de -3 à +3). Cette méthode de mesure est similaire à la version révisée de mesure des attributions causales permettant d'investiguer les dimensions causales les plus pertinentes dans les théories de l'attribution : le lieu d'origine de l'évolution de la maladie interne/externe au patient ; la contrôlabilité/incontrôlabilité des éléments déterminants par le patient ; la stabilité/l'instabilité dans le temps de ces déterminants ; l'impact général/spécifique de ces déterminants sur le comportement du patient et enfin leur contrôlabilité/incontrôlabilité par autrui (*Causal Dimension Scale*, adaptée en français par Fontayne, Martin-Krumm, Buton & Heuzé, 2003). Conformément à cette échelle, nous traiterons de façon statistique la différence entre les deux items antagonistes de chacune des dimensions.

La *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)* est une échelle d'origine psychiatrique (APA) qui évalue le fonctionnement psychologique, social et professionnel de la personne (atteinte d'une pathologie psychiatrique dans sa version initiale). Il est demandé au praticien d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel global du patient sur une échelle allant de 1 à 100%. Des indicateurs clairs et concis sont offerts pour chaque tranche de 10 points de l'échelle. La *GAF* constitue le résultat opérationnel de l'axe V de l'évaluation multi-axiale du *DSM-IV*. Il s'agit d'une forme légèrement modifiée du *Global Assessment Scale* et peut être considérée comme fiable. Afin de la rendre plus facilement utilisable dans des situations cliniques non psychiatriques, toutes les références à un trouble mental ont été retirées ou remplacées par une référence simple : « la maladie ». La forme initiale, pour le reste, a été conservée. La *GAF* est pertinente ici car elle donne une vision complémentaire de l'évolution du patient en élargissant l'évaluation des seules conséquences somatiques de la maladie au fonctionnement social du sujet.

3.3. Population

La population était constituée de 286 étudiants en première année de Licence Sciences Humaines et Sociales mention Psychologie (46 hommes, 238 femmes et 2 sujets n'ayant pas donné cette information) et de 30 étudiants en Master Sciences Humaines et Sociales mention Psychologie (2 hommes et 28 femmes). L'âge moyen des étudiants de L1 est de 19 ans (e-t.=2,84) et de 23,4 ans (e-t.=1,71) pour les étudiants de Master.

4. Résultats

4.1. Pronostic sur la prise en charge

Tableau 1. Effectifs des sujets en fonction de leur formation et du pronostic qu'ils font.

	Reprise du traitement	Ne sait pas	Guérison
Etudiants en L1	210 (73%)	46 (16%)	30 (11%)
Etudiants en Master	16 (54%)	13 (43%)	1 (3%)

Une analyse du Khi2 de la distribution des effectifs indique qu'elle n'est pas aléatoire (Khi2= 13,75, ddl= 2, p< .01). En comparant chaque pronostic aux deux autres, on constate que le pronostic "reprise du traitement" est largement majoritaire en L1 (73%). En Master, il est partagé entre l'indécision (43%) et la reprise du traitement (54%). Presque aucun n'envisage la guérison (3%). L'effectif des étudiants pronostiquant une guérison est trop faible pour effectuer une comparaison entre le niveau de formation. En revanche, il est manifeste que la proportion de L1 pronostiquant une reprise de traitement est plus importante qu'elle n'est en Master (Khi2corr.ddl=1 = 4,4, p<.001). Enfin et conformément aux attentes, la proportion d'étudiants indécis est plus importante en Master qu'en L1 (Khi2corr.ddl=1 =11,54, p<.001).

4.2. Interprétation causale de l'évolution de l'état de santé

Pour traiter les résultats, seuls les sujets ayant conclu à une reprise du traitement ou disant ne pas savoir (au total N=285) ont été considérés afin de réaliser une analyse des moyennes. Le plan de traitement des données comporte quatre groupes indépendants de sujets résultant du croisement des variables "niveau dans la formation" (Licence versus Master) et

"Pronostic" (reprise du traitement versus ceux qui disent ne pas savoir). Ce plan a été appliqué à chacune des six dimensions attributives.

Une Manova préliminaire sur ces 6 mesures dépendantes permet d'observer un effet significatif du niveau de formation sur l'ensemble de ces mesures (R/Rao(6,276)= 2,34 p<.05). Si l'effet du pronostic émis n'est pas significatif (R/Rao(2,276)=1,59 ns), l'interaction avec le niveau de formation est, elle, significative (R/Rao(6,276)= 2,47 p<.05). Autrement dit, la formation, à elle seule, n'a pas d'effet mais son effet est dépendant du pronostic produit.

Tableau 2. Moyennes pour les différentes dimensions de l'attribution de la maladie en fonction du niveau de formation et du pronostic émis sur l'effet du traitement.

<i>Niveau de Formation :</i>	Licence 1 ^{ère} année		Master	
	Reprise	Ne sait pas	Reprise	Ne sait pas
<i>Pronostic concernant le traitement :</i>				
<i>Mesures dimensionnelles</i>				
Internalité <i>Etait liée au patient plutôt qu'à la situation</i>	-0,73	-0,17	-0,06	-1,00
Stabilité <i>N'était pas susceptible d'évoluer dans le temps</i>	-2,73	-3,13	-2,25	-2,08
Contrôlabilité par le patient <i>Etait contrôlable par le patient</i>	-1,09	-0,91	0,75	-1,54
Généralité <i>A des conséquences sur sa vie en général</i>	4,79	4,70	4,44	3,38
Contrôlabilité par les soignants <i>Etait contrôlable par les soignants</i>	0,09	0,09	1,06	-0,38
Contrôlabilité par la famille <i>Etait contrôlable par la famille</i>	0,88	1,06	1,31	-0,23

Pour la dimension Interne/externe, le niveau de formation n'a aucun effet. Les étudiants de début de licence tout comme ceux de Master pensent que l'évolution de la maladie dépend de causes plutôt situationnelles (-0,45 vs. -0,53, F(1,281)=0,05 ns). De la même façon, le pronostic produit ne modifie pas en soi la perception qu'ont les étudiants de l'origine interne ou externe des déterminants de l'évolution de la maladie (-0,40 vs. -0,59, F(1,281)=0,3 ns).

Toutefois, le lien entre la dimension attributive et le pronostic posé varie en fonction du niveau de formation (interaction F(1,281)=4,4 p<.05; voir figure 1). Pour les étudiants en L, ceux qui s'attendent à une reprise du traitement concluent à des déterminants prioritairement situationnels (à la différence de ceux qui disent ne pas savoir ; -0,72 contre -0,17). A l'inverse, pour les étudiants en Master, c'est ceux qui disent ne pas savoir qui

concluent à une origine prioritairement situationnelle du problème (à la différence de ceux d'entre eux qui s'attendent à une reprise du traitement; -1,00 contre -0,06)³.

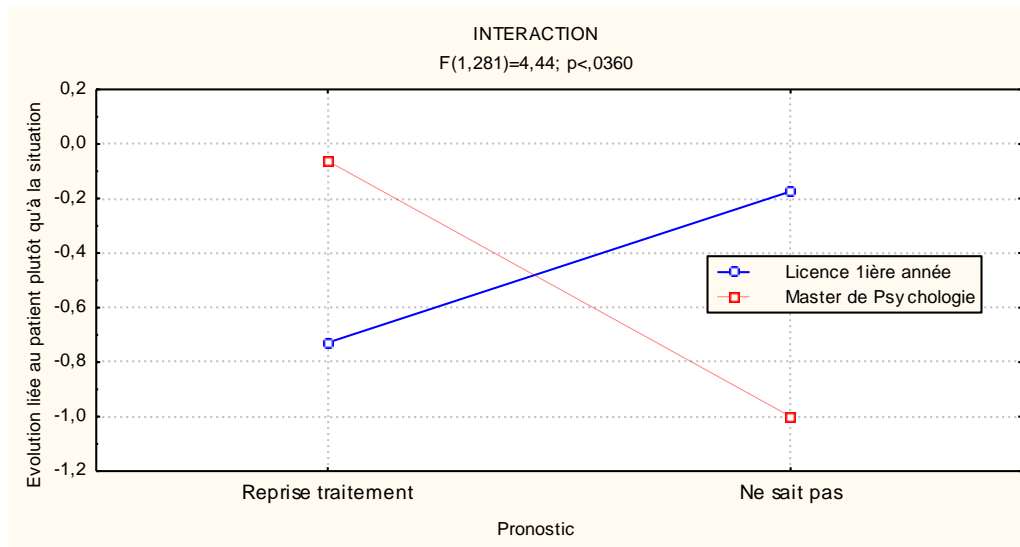


Figure 1. Perception du lieu d'origine des déterminants de l'évolution thérapeutique en fonction du niveau de formation (L1 vs Master) et du pronostic reprise du traitement vs indécision).

Concernant la dimension contrôlable/incontrôlable de la maladie par le patient, il n'y a pas d'effet significatif du niveau de formation en soi (licence : -1,01 ; Master : -0,39 ; F(1, 281)=1,14 ns.). Concernant le pronostic, c'est surtout lorsque les étudiants ne savent pas quel pronostic émettre qu'ils voient la maladie comme incontrôlable (reprise : -0,17 contre ne sait pas : -1,23, F(1,281)=3,40; p<.07).

L'interaction entre le niveau de formation et le pronostic émis (F(1,281)=4,67; p<.05 ; cf. figure 2) montre que les étudiants de Master s'attendant à une reprise du traitement sont les seuls à ne pas percevoir la maladie comme incontrôlable (0,75 contre -1,53 lorsqu'ils ne savent pas). Pour les étudiants en début de licence, que le pronostic soit ou non celui d'une reprise du traitement, ils concluent à l'incontrôlabilité de la maladie (-1,10 et -0,91).

³ Une observation attentive des données permet d'observer que ce n'est pas tant l'importance accordée à la situation qui varie dans les réponses des étudiants (la situation est toujours considérée comme plutôt importante) mais l'importance moindre ou équivalente accordée au patient lui-même.

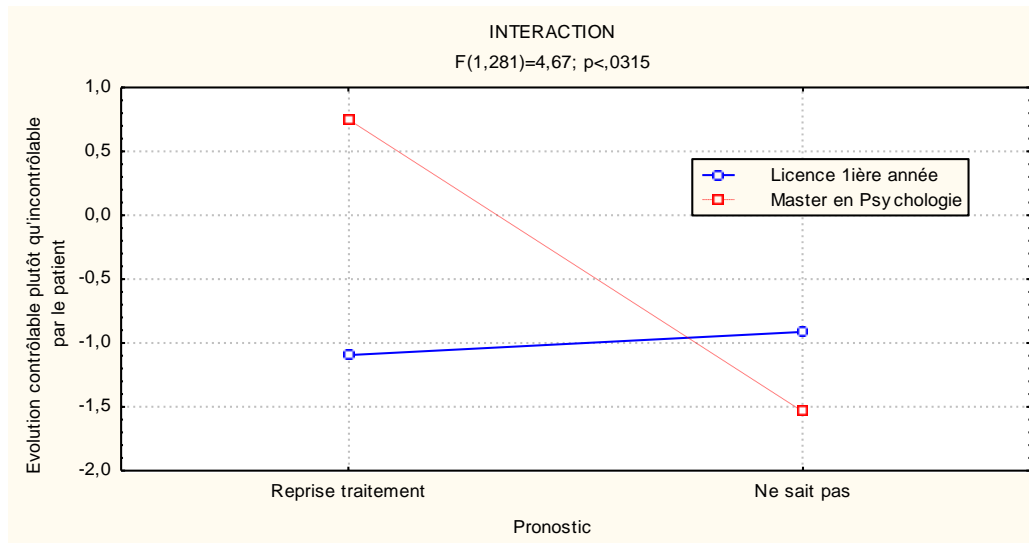


Figure 2. Perception de la contrôlabilité par le patient en fonction des variables “pronostic” (reprise de traitement vs indécision) et “niveau de formation” (L1 vs Master).

Concernant l’impact global de la maladie, celui-ci est perçu comme important. Néanmoins, son impact perçu est légèrement moindre pour les étudiants en Master que pour ceux en début de licence (3,91 contre 4,74; $F(1,281)=9,99$; $p<.01$) et lorsqu’on ne sait pas quelle en sera la suite plutôt que lorsqu’on s’attend à une reprise du traitement (4,04 vs. 4,61 ; $F(1,281)=4,75$; $p<.05$). L’interaction entre le niveau de formation et le pronostic choisi ($F(1,281)=3,31$; $p<.07$) indique que ce sont essentiellement les étudiants en Master indécis qui estiment l’impact de la maladie comme le moins général sur la vie du patient (Master : 3,38 contre 4,44 ; licence 4,70 et 4,79).⁴

Concernant les autres mesures attributives (stabilité temporelle de la maladie, contrôlabilité par les soignants ou la famille) aucun résultat notable n’est relevé (atteignant le seuil de significativité). Les moyennes sont en partie conformes à ce que l’on pourrait attendre ; à savoir que lorsque les étudiants en master concluent à une reprise du traitement ils considèrent la maladie comme étant plutôt contrôlable par les soignants et l’entourage familial.

⁴ De façon plus épisodique, les mesures sur la *GAF* confirment, chez les étudiants en Master, que la maladie est perçue comme moins invalidante lorsqu’ils ne se prononcent pas (60% de bon fonctionnement du sujet contre 52,5% lorsqu’ils s’attendent à une reprise, alors que chez les étudiants en début de licence les valeurs sont similaires 53,8% et 54,2% : interaction des deux variables : $F(1,281)=2,69$; $p<.11$).

5. Conclusion et Discussion

L'effet de la formation en psychologie sur le pronostic

Nous faisons l'hypothèse qu'en Master les étudiants seraient plus circonspects sur les suites d'un traitement médical qu'ils ne le sont en L1. Les observations sont relativement conformes à cette hypothèse dans la mesure où les étudiants déclarant ne pas savoir quelle sera l'issue du traitement deviennent plus nombreux (ils sont minoritaires en début de cursus et représentent la moitié de l'effectif en fin de cursus). En début de cursus les étudiants s'attendent très majoritairement à une reprise du traitement, vraisemblablement en raison des contraintes générées par un traitement lourd et de ses conséquences sur le plan psychologique. Ils pourraient les avoir surévalués comme étant des éléments problématiques indépassables par le patient.

Un point inattendu de ces résultats est qu'en dépit de la récession de ce type de pronostic, il perdure chez la moitié des étudiants en Master (soit un étudiant sur deux). La formation n'aurait donc qu'un effet limité. Il semble que les étudiants ont donné la réponse qui leur paraissait la plus vraisemblable : à savoir que si le cas leur était présenté c'est qu'il relevait nécessairement d'une forme d'expertise psychologique et qu'il s'agissait d'un cas problématique. Néanmoins, tous les cas présentés à un clinicien ne sont pas nécessairement problématiques et on peut espérer que des psychologues plus expérimentés se tromperaient bien moins souvent et ce d'autant s'ils travaillent avec des patients suivant un traitement médical.

Il est également vraisemblable que l'impact de la maladie et de son traitement sur le comportement du patient amènent à penser qu'un second traitement est nécessaire. A ce sujet rappelons que les étudiants de Master, moins nombreux à se tromper, percevaient les causes de la maladie comme ayant un impact moins général sur la vie du patient. Et, que parmi eux, ceux qui disaient ne pouvoir émettre de pronostic sont ceux qui perçoivent le moins cet impact comme général. Les effets psychologiques secondaires du traitement apparaîtraient alors aux étudiants peu informés comme révélateurs d'un échec thérapeutique. En définitive, là où la majorité des étudiants en L1 se sont sans doute attachés au risque non négligeable que le traitement soit à recommencer, la moitié des étudiants en Master se sont eux montrés plus mesurés et ont retenu une information essentielle (au delà de la probabilité de réussite ou d'échec du traitement) : rien dans le tableau symptomatique et clinique du patient ne permettait d'émettre un pronostic fiable (élément là encore mentionné dans le cas).

Les interprétations causales en fonction du pronostic et du niveau de formation

Nous faisons d'une part l'hypothèse que les étudiants en première année de psychologie seraient sujets à une erreur fondamentale d'attribution causale et surestimeraient le rôle des déterminants personnels liés au patient. Nous faisons également l'hypothèse qu'en raison de leur formation et des connaissances acquises (notamment sur le rôle du patient dans l'observance thérapeutique), les étudiants en Master devaient plus souvent prendre en compte la complexité de la situation clinique exposée (maladie d'origine purement somatique dont les troubles psychiques ne sont qu'une conséquence de celle-ci et de son traitement, et, le comportement effectivement observant du patient). Les observations s'avèrent bien différentes et plus complexes.

Tout d'abord l'ensemble des sujets se représente l'évolution de la maladie comme étant liée à la situation et comme étant incontrôlable par le patient. Aucune erreur fondamentale d'attribution manifeste n'est donc observée. Il semble important de se questionner sur les caractéristiques mêmes du cas clinique présenté pour penser ces résultats. Il s'agit en effet d'un cas avant tout médical et grave, lors duquel aucun manquement du patient n'est mentionné. Il semble donc que l'évolution de cette maladie ainsi que la prise en charge thérapeutique soient perçues de façon très prégnante au détriment d'éléments propres au patient ou contrôlables par lui (la gravité d'une maladie pouvant susciter des attributions parfois plus externes ; Weiner, 1985). De surcroît, dans le cas présenté la majorité des éléments relatés qui auraient pu jouer sur l'issue du traitement sont d'ordre situationnel. Les variations qui ont été observées concernant l'interprétation de l'évolution ne concernent alors qu'une prépondérance des éléments situationnels par opposition à un rôle conjoint d'éléments propres au patient.

La différence attendue liée à la formation ne s'observe finalement que dans le cas (minoritaire) où les étudiants concluent qu'ils ne savent pas quelle peut être l'issue du traitement. Dans ce cas les étudiants en L1, à la différence des étudiants en Master, considèrent que l'évolution de la maladie est tout autant liée au patient qu'à la situation. L'hypothèse d'une erreur fondamentale d'attribution spécifique à cette population supposée naïve n'est donc que très partiellement validée (et ce d'autant qu'ils considèrent que l'évolution est incontrôlable par le patient). Contre toute attente, lorsqu'ils pronostiquent une reprise du traitement et font ainsi un constat d'échec, leur interprétation causale ne leur permet en rien de justifier cet échec par les dispositions personnelles du patient. En effet ils

décrivent l'évolution comme étant d'origine situationnelle et incontrôlable par le patient. Ils sont donc globalement bienveillants et empathiques à l'égard du patient et se contentent d'incriminer la contrôlabilité de cette évolution par le contexte familial.

Concernant les étudiants en Master, on s'attendait qu'ils confèrent un contrôle plus important non pas au patient mais aux soignants (postuler qu'un soin a un effet cela implique une action de la part du soignant, que ce soin soit médical ou psychologique). On constate qu'effectivement ils attribuent plus de contrôle aux soignants qu'au patient, mais ne sont pas en cela très différents des étudiants en L1. Leurs réponses sont très différentes en fonction du pronostic émis. Lorsqu'ils disent ne pas savoir quelle peut être l'issue, ils n'invoquent absolument pas le rôle du patient. Ils considèrent dans ce cas que l'origine du problème est essentiellement situationnelle et qu'il est incontrôlable par le patient. Et, ils tendent même à minimiser le rôle de l'entourage familial. En revanche lorsqu'ils se prononcent sur une reprise du traitement, ils considèrent que l'origine du problème est tout autant liée au patient qu'à la situation, qu'elle est contrôlable non seulement par l'entourage familial ainsi que par le corps soignant mais également par le patient lui-même (c'est d'ailleurs le seul cas où le patient est présenté comme potentiellement responsable de son état de santé). On serait donc tenter de penser que ces interprétations leur permettent de justifier le constat d'échec qu'ils font du premier traitement. Il est vraisemblable que les étudiants en Master se servent de leur formation (travaux sur le Health Belief Model, le Locus of Control ; Elder, Ayala & Harris, 1999; Goldring, Taylor, Kemeny & Anton, 2002 ; Norman, 1995; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) pour mettre en lien le résultat du traitement et une forme de responsabilité du patient. Il est alors possible qu'ils aient fait une première lecture quasi-naïve de la situation clinique en ce concentrant sur le rôle du patient, déterminant le reste de leur raisonnement et leur pronostic, prenant en compte ou négligeant alors le fait que le patient ait pu être finalement observant et gérer les contraintes qui pesaient sur la prise de son traitement.

Comme le suggèrent Guimond et al. (1989, 1990), la formation universitaire favorise la prise en compte d'informations spécifiques à la discipline étudiée afin de comprendre une situation donnée. Il semblerait alors qu'elle ait permis ici aux étudiants de passer d'une analyse majoritairement empathique à l'égard du patient les amenant à surestimer la possibilité d'un échec thérapeutique à une analyse plus circonspecte du rôle effectif du patient dans son état de santé (quitte par la suite à se tromper). Contrairement à ce que l'on pouvait attendre la formation ne développe donc pas une tendance à l'erreur fondamentale d'attribution mais vraisemblablement plus une tendance à la confirmation d'hypothèses générées par un savoir universitaire ou un biais d'après coup consistant à adopter des

raisonnements déterministes lors d'interprétations causales postérieures aux événements observés afin de justifier un pronostic.

Conclusion et limites

Ces résultats, attestant d'une évolution des pronostics et de différences d'interprétation (parfois erronées en raison des informations existantes dans le scénario) vont dans le même sens des travaux de Dumont & Lecomte (1987). On sait aujourd'hui trop peu de chose sur la construction de l'expertise psychologique et de son acquisition dans les formations. Il demeure important au cours de la formation elle-même de souligner les biais qui interviennent dans toute activité de traitement de l'information afin d'améliorer le jugement clinique et les processus d'évaluation psychologique (Garb, 1989) qui sont la base de l'activité clinique. Mais il apparaît également important de se s'intéresser de plus près aux difficultés que les étudiants peuvent avoir à envisager quelles sont les informations pertinentes pour leur activité clinique (Dumont & Lecomte, 1987). Approfondir la recherche à ce sujet paraît indispensable. Au-delà d'un problème de biais, on peut se demander s'ils ne cherchent pas dans toute situation clinique les éléments qu'ils comprennent et ceux qui confortent leur propre schéma de représentations. Cela semble déterminant car on peut raisonnablement penser que les étudiants assimilent préférentiellement dans le contenu de leur formation des informations qui vont globalement et très schématiquement dans le sens de leurs croyances.

On peut également supposer que là où certains étudiants se concentrent sur l'analyse rationnelle du cas clinique, d'autres ajustent leurs interprétations au pronostic qu'ils émettent (Epstein, Lipson, Holstein et Huh, 1992). En effet, on considère de plus en plus que l'individu peut être considéré comme un « agent social » qui perçoit les autres dans la perspective d'interagir avec eux (Leyens et Dardenne, 1996). Ainsi, l'approche pragmatique des biais suggèrent que les interprétations et les jugements doivent être appréciés non plus en référence à leur validité vis à vis d'une norme scientifique mais dans la fonctionnalité des interactions (Croizet et Fiske, 1998 ; Gardair 2007). Il est alors vraisemblable qu'en soulignant le contrôle que pourrait exercer le patient sur sa situation le clinicien l'amène à développer des stratégies effective de contrôle dans son quotidien. Un développement des recherches sur les conditions d'émergence et la fonctionnalité effective de tels biais dans la formation des psychologues eux-mêmes serait à ce sujet profitable.

Une telle recherche ne serait pas elle-même indemne de quelques biais (y compris celle ici présentée). Il aurait sans doute judicieux de faire une étude longitudinale à mesures

répétées afin d'évaluer l'évolution individuelle des interprétations produites, tout au long du parcours universitaire. Par exemple dans notre étude, rien ne permet de rejeter la possibilité d'une auto-sélection des étudiants en fonction de leurs orientations, indépendamment des contenus de la formation qui pourraient par ailleurs être manipulés. Une étude sur plusieurs établissements serait également utile pour neutraliser l'effet d'une option théorique ou de modalités de formation. L'autre limite a trait à l'utilisation d'un seul cas clinique. Par ailleurs, le choix d'un cas de pathologie somatique peut sembler étrange pour des psychologues, mais il permettrait néanmoins d'attendre une seule réponse « correcte » (l'indécision). Outre ces différents points, il serait également souhaitable de manipuler des éléments précis du scénario (éléments situationnels, comportement du patient, comportement des soignants) afin d'en évaluer l'influence sur les interprétations des étudiants en psychologie.

Bibliographie

- Beauvois, J.L., Dubois, N.(1987). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18, 299-316.
- Bradley, C. (1995). Health beliefs and knowledge of patients and doctors in clinical practice and research. *Patient Education and Counseling*, 26, 99-106.
- Dumont, F., Lecomte, C.(1987). Inferential processes in clinical work : inquiry into logical errors that affect diagnostic judgments. *Professional Psychology : Research and Practice*, 18(5), 433-438.
- Croizet, J-C., & Fiske, S. T. (1998). Pragmatisme et cognition sociale. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales (VI)* (pp. 13-29). Lausanne : Delachaux & Niestlé.
- Elder, J.P., Ayala, G., Harris, S.(1999). Theories and intervention approaches to health behavior change in primary care. *AM. J. Prev. Med.*, 17, 275-284.
- Epstein, S., Lipson, A., Holstein, C., & Huh, E. (1992). Irrational reactions to negative outcomes : evidence for two conceptual systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (2), 328-339.
- Fiske, S. T., Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*. New York : Mc Graw Hill.
- Fontayne, P., Martin-Krumm, C., Buton, F., Heuzé, J.-F. (2003). Validation française de la version révisée de l'échelle de mesure des attributions causales (CDSII). *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 58, 59-72.
- Garb, N.H. 1989. Clinical judgement, clinical training and professional experience. *Psychological Bulletin*, 105, 387-396.

- Gardair E. (2007). Heuristiques et biais : quand nos raisonnements ne répondent pas nécessairement aux critères de la pensée scientifique et rationnelle. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 1, pp. 35-46. Disponible à l'adresse suivante : <<http://RePS.psychologie-sociale.org>>.
- Goldring, S.A., Taylor, S., Kemeny, M., Anton, P. (2002). Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, 21, 219-228.
- Guimond, S., Béguin, G., Palmer, D. (1989). Education and causal attributions: The development of "person-blame" and "system-blame" ideology. *Social Psychology Quarterly*, 52, 126-140.
- Guimond, S., Palmer, D. (1990). Type of academic training and causal attributions for social problems. *European Journal of Social Psychology*, 20, 61-75.
- Haverkamp, BE. (1993). Confirmatory bias in hypothesis testing for client identified and counselor self-generated hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 303-315.
- Hawkins, SA., Hastie, E. (1990). Insight : biased judgements of post events after the outcomes are known. *Psychological Bulletin*, 107, 311-327.
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (ED), *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 15 pp192-238). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Kelley, H.H. (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107-128.
- Kendell, RE. (1973). Psychiatric diagnoses : a study of how they are made. *British Journal of Psychiatry*, 122, 437-445.
- Leyens, J. P., & Dardenne, B. (1996). Basic concepts and approaches in social cognition. In M. Hewson, W. Stroebe & G. M Stephenson (Eds), *Introduction to social psychology: a european perspective* (2nd edition, pp. 109-134). Oxford, England : Basic Blackwell.
- Norman, P.(1995). Health locus of control and health behavior : an investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs. *Personn. Individ. Diff.*, 18, 213-218.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15,175-183.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 10 pp.173-220). New York: Academic Press.
- Sultan, S.(2004). Le diagnostic psychologique. Théorie, éthique, pratique. Editions Frison-Roche: Paris.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.

Annexe

Francis est un ingénieur consultant âgé de 43 ans, marié depuis de nombreuses années et père d'un petit garçon de 8 ans. Il n'a pas d'antécédents de troubles psychiatriques et n'a jamais eu de prescription de psychotropes. Il n'a pas non plus d'antécédents médicaux ni de pathologie chronique invalidante sauf quelques migraines occasionnelles.

Francis est atteint d'une hépatite C qui a été diagnostiquée par hasard. Il est allé consulter son médecin généraliste pour une fatigue intense. Après un certain nombre d'exams, le diagnostic a été posé. Francis avec son médecin s'est interrogé sur le mode de contamination (uniquement par voie sanguine). Il admet avoir fumé un ou deux joints lorsqu'il était étudiant mais dit ne jamais avoir touché aux drogues dures. Il affirme ne s'être jamais piqué. Toutefois il évoque un vague souvenir au cours d'une soirée avoir « sniffé » de la cocaïne. Il n'est pas plus précis. Il tient surtout à faire comprendre qu'il n'a jamais été toxicomane, que ses expériences ont été très ponctuelles et dans des contextes très précis. Francis va ensuite évoquer une opération du genou qui a eu lieu au début des années 1990. Il est aussi donc possible que Francis ait contracté le virus à ce moment là. Il semble peu enclin à donner un sens à cette maladie. Il ne semble non plus pas chercher à savoir outre mesure la situation exacte dans laquelle il aurait pu contracter cette pathologie.

Francis est un homme amaigri, les yeux cernés dont la fatigue intense commence à lui peser. Elle l'empêche de travailler à un rythme soutenu qui lui était, jusqu'à ces trois derniers mois, habituel. L'arrêt de travail d'un mois signé par le médecin généraliste a mis Francis dans une situation professionnelle assez difficile. Il a pu négocier de travailler à distance à son domicile. Il doute toutefois de retrouver les responsabilités managériales qu'il avait dans son entreprise. Il dit être heureux d'avoir trouvé une solution en ayant réussi à cacher la raison médicale de son arrêt à ses collègues. Il tient à conserver une certaine image: il ne veut pas se montrer malade sur son lieu de travail.

Son état clinique nécessite l'instauration rapide d'un traitement de six mois pour tenter d'éradiquer le virus de l'hépatite C (protocole normal dans ce type de pathologie). Francis est prévenu de la lourdeur du traitement (une injection par semaine), des possibles effets secondaires (fatigue intense, syndrome pseudo-grippal, perte de poids, irritabilité). Il est aussi informé que l'éradication définitive du virus grâce à ce traitement n'est pas systématique même s'il y a des bons résultats. Il est très possible qu'à l'issue de celui-ci il faille recommencer. Toutefois Francis a bien entendu qu'un échec ne serait que relatif car le traitement ralentit les effets néfastes du virus sur le foie. En effet, le traitement ralentit la

fibrose (dégradation du foie). Le médecin lors de la dernière consultation avant la fin de la prise du traitement discutera avec Francis, au cas où le virus serait toujours présent, de l'éventualité de prendre un second traitement. Seul un examen clinique approfondi permettra de savoir si ce traitement a éradiqué ou non le virus.

Après un mois de traitement, Francis est encore plus fatigué. Son épouse, assistante dentaire, se préoccupe de la prise du traitement mais en minimise les possibles effets secondaires. Francis précise qu'elle supporte mal sa fatigue et son manque d'énergie. Il explique aussi que le début du traitement survient à un mauvais moment car il doit se rendre chez des amis dans le sud de l'Espagne. Son épouse y tient et lui affirme que cela est compatible avec son état de santé. Il hésite car il y fait très chaud. Il ne remet pas en cause la nécessité de commencer rapidement son traitement. Devant l'insistance de son épouse et le désir de voir ses amis, il se rend donc en Espagne pour une semaine. Il revient encore plus fatigué expliquant que cette semaine de congé a été pour lui un enfer. Francis n'a pas dit à ses amis qu'il était malade et qu'il ne pouvait pas consommer de l'alcool. Son épouse a insisté à de nombreuses reprises pour qu'il soit un convive agréable mais il n'a pas cédé. Il explique que le seul réconfort est venu de son jeune fils qui dit-il est le seul à comprendre qu'il ne va pas bien et que ce voyage finalement a été une mauvaise idée. Toutefois il dit qu'il est heureux de s'être rapproché de son fils qu'il ne voyait que peu auparavant, son travail lui prenant beaucoup de son temps.

Au bout de cinq mois de prise en charge, Francis est resté très scrupuleux dans la prise de son traitement et vient à toutes les consultations. La fatigue s'est accentuée et une certaine irritabilité est apparue (dont il est difficile de dire si elle est due au traitement et/ou aux relations familiales qui restent difficiles). Francis reconnaît qu'il a songé plusieurs fois à arrêter son traitement mais le seul fait de ralentir la fibrose l'a aidé à le continuer.