

Serge Sultan, Université de Montréal

How to cite this article:

Sultan, S. (2003). Comprendre les comportements de soin des adultes atteints de diabète insulino-dépendant : rôle conflictuel de la conscience de soi. *Pratiques Psychologiques*, 4, 75-86.

DOI: N/A

PMID: N/A

Abstract / Résumé

This article aims at reviewing various models used for understanding self-care behaviours in insulin-dependent diabetes. Three main ideas are developed in order to improve our understanding of self-care. First, in order to model self protective actions psychological demands of these actions should be considered. A review of traditional models (the self-regulation behavioural model, the model of adherence or other socio-cognitive models) shows that such factors are not included in empirically-oriented models. A second idea deals with the nature of these demands. To date, two main types of effects have been theorized and extensively researched : the emotional impact of the illness and its self-related consequences. Finally, these expected negative effects (or demands), together with the necessary behaviours in diabetes, may be defined as internal adaptive dynamics involving elementary psychological activities which sometimes are instrumented by different regulation systems. The example of self-focus is taken to exemplify these conflicting dynamics directly related to the constraints of the illness.

L'objectif de ce travail est de procéder à une revue critique des modèles permettant de comprendre l'adoption de comportements de protection ou de soin dans le diabète insulino-dépendant. Nous proposons une revue critique s'articulant autour de trois idées. Premièrement, pour expliquer les comportements des personnes, il faut envisager en quoi ces comportements sollicitent l'activité psychologique. C'est en cela que les modèles purement comportementaux, relationnels (comme celui de l'observance) ou encore sociocognitifs semblent peu adaptés. Deuxièmement, on constate que les contraintes psychologiques de la maladie se situent à des niveaux divers : exigences émotionnelles et remaniements intrasubjectifs notamment. Enfin, on peut spécifier ces relations conflictuelles comme une dynamique adaptative spécifique, où certaines activités psychologiques sont instrumentalisées de manière contradictoire par des contraintes divergentes. L'exemple de la conscience de soi permet de décrire cette dynamique conflictuelle inhérente à la maladie et à ses contraintes.

Comprendre les comportements de soin des adultes atteints de diabète insulino-dépendant : rôle conflictuel de la conscience de soi

Serge SULTAN

*Psychologue clinicien,
Maître de Conférences*

Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale
Université de Bourgogne
& Service de Diabétologie
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière – Paris

LPCS – AAFE
Esplanade Érasme
BP 26513
21065 Dijon Cedex
serge.sultan@u-bourgogne.fr

SUMMARY

This article aims at reviewing various models used for understanding self-care behaviours in insulin-dependent diabetes. Three main ideas are developed in order to improve our understanding of self-care. First, in order to model self-protective actions psychological demands of these actions should be considered. A review of traditional models (the self-regulation behavioural model, the model of adherence or other socio-cognitive models)

shows that such factors are not included in empirically-oriented models. A second idea deals with the nature of these demands. To date, two main types of effects have been theorized and extensively researched: the emotional impact of the illness and its self-related consequences. Finally, these expected negative effects (or demands), together with the necessary behaviours in diabetes, may be defined as internal adaptive dynamics involving elementary psychological activities which sometimes are instrumented by different regulation systems. The example of self-focus is taken to exemplify these conflicting dynamics directly related to the constraints of the illness.

Key-words : Diabetes – Regulation – Self-care behaviours – Negative emotions – Self-focus.

Remerciements :

Ce travail est soutenu par l'Alfediam (Association de Langue Française pour l'Étude du Diabète et des Maladies Métaboliques). L'auteur remercie deux lecteurs anonymes qui ont contribué par leurs expertises à la rédaction du présent article.

INTRODUCTION

Le diabète insulino-dépendant représente un problème de santé majeur pour l'individu et la société. À long terme, il est associé à des complications très graves, qui touchent le système cardio-vasculaire, les reins, la vue, etc. À l'heure actuelle, les personnes malades ne disposent pas de traitement curatif et leur vie repose sur un traitement de suppléance au centre duquel se trouve l'injection d'insuline. La recherche médicale a montré depuis une dizaine d'années que l'hyperglycémie chronique est un puissant facteur de risque de ces complications à long terme (DCCT, 1993) : l'apparition de ces complications (et leur gravité) dépend en grande partie d'un niveau trop élevé de glycémie sur le long terme. De ce fait, tout ce qui pourra aider à comprendre les déterminants de l'hyperglycémie est important pour la prévention secondaire dans ce domaine.

Or, la glycémie est déterminée, pour une bonne part, par les comportements de soins des personnes malades : les injections, les auto-contrôles glycémiques, le régime alimentaire, l'exercice physique, etc. La mise en place de ces comportements est donc particulièrement exigeante pour la personne malade, car celle-ci doit satisfaire aux exigences simultanées de sa maladie et de l'activité psychologique « ordinaire ». Ceci est source de tensions et de conflits qui sont à la base du processus d'adaptation des personnes (ceci a été mis en évidence dans des contextes pathologiques divers, cf. Castro, 1996). Ainsi, de nombreux malades chroniques se trouvent face à une alternative difficile : adopter un traitement absolument strict, qui assurerait au mieux leur équilibre physiologique mais leur imposerait dans la vie quotidienne des contraintes très sévères ou favoriser une meilleure intégration à la vie sociale obtenue par l'assouplissement du traitement, mais au prix d'une menace, pour l'intégrité physique (cf. Herzlich & Pierret, 1984). Dans ce sens, on peut considérer que les comportements de soins dans le diabète, comme dans d'autres maladies chroniques, sont le lieu d'expression de choix ou de compromis entre des exigences de la maladie et d'autres exigences internes habituelles.

L'adoption de comportements préventifs est d'autant plus difficile que la maladie est caractérisée par une difficulté à se représenter la menace des complications à long terme. La personne malade a du mal à se représenter une maladie peu symptomatique, sans douleur, qui se révèle à elle essentiellement par les contraintes du traitement et les malaises hypoglycémiques, au moins dans un premier temps. Ce point de vue est commun à plusieurs auteurs (par exemple, Bertagne, 1990) qui observent que la spécificité du diabète réside dans l'absence de douleur. Or la douleur est souvent organisatrice des représentations de la maladie, car malgré des effets destructeurs, elle est partiellement structurante, favorisant notamment la mise en place du « travail » de la maladie (Pédinielli, 1990). L'absence d'inscription corporelle constituerait une entrave à la représentation imaginaire de la maladie diabétique (Bertagne, 1990). Ceci est repéré par les cliniciens chez les adultes comme chez les enfants (Andronikof-Sanglade, 1986). Ainsi, chez les patients correctement suivis au plan médical, la maladie ne se révélera au sujet pratiquement que par les éléments du traitement et de la régulation comportementale. Dans ce cadre, on peut penser que s'il y a un impact psychologique (coût émotionnel ou impact identitaire de la maladie), celui-ci est en partie causé par le traitement et les comportements de soins, donc en partie par la nécessité de réguler la glycémie (Sultan, Hartemann-Heurtier & Grimaldi, 2003).

L'objectif de cet article est de proposer une perspective de travail sur la base de l'analyse de la littérature existante. Nous proposons une argumentation en faveur de contraintes logiques de niveaux différents et conflictuels. Ces contraintes seraient inhérentes à la régulation du diabète. Il s'agit pour nous de décrire les différents niveaux de conflit, de spécifier leur dynamique et d'émettre des hypothèses sur les compromis ou choix effectués par les personnes malades. L'intérêt de cette approche est de permettre une meilleure compréhension du fonctionnement des patients en tentant de rendre compte de certains déterminants des comportements de soins.

Dans ce but, nous présenterons de manière critique les modèles traditionnels permettant de rendre compte des comportements (observance et *Health Belief Model*), en tentant d'en distinguer les limites vis-à-vis de notre problématique. Ensuite, nous montrerons à l'aide d'un certain nombre d'études contradictoires concernant les relations entre conscience de soi et type de coping, combien la maladie entre en conflit avec les exigences émotionnelles et subjectives. Enfin, nous tenterons de dégager comment ces relations conflictuelles peuvent prendre place dans le fonctionnement dynamique des sujets malades, en prenant comme exemple la notion de conscience de soi.

Notons que nous disposons en France d'une tradition de recherche clinique dans ce domaine. Les travaux se sont attachés à mettre en évidence des organisations psychologiques propres au sujet diabétique (Debray, 1983 ; Castro, 1991), éventuellement en rapport avec l'ancienneté de la maladie (Andronikof-Sanglade, 1986). Notre point de départ est sensiblement différent dans le sens où nous tentons de rendre compte de la dynamique adaptative sous-tendant les comportements de soin.

I - MODÈLES TRADITIONNELS

Une des caractéristiques qui fait du diabète un modèle de maladie chronique est l'importance des contraintes imposées par la maladie. Ceci est dû à la régulation comportementale de la glycémie dans le diabète. La formalisation de ce mécanisme régulateur, dépendant de la psychologie du sujet, est le fait de Wing, Epstein, Nowalk et Lamparski (1986). Ces auteurs décrivent les trois étapes de détection de l'écart, de réponse comportementale, puis de réduction des perturbations ainsi que les possibilités de renforcement aux différents niveaux du système régulateur. Pourtant ce modèle comportemental est insatisfaisant dans son applicabilité clinique : parce qu'il ne prend pas en compte les émotions du sujet et n'intègre pas les effets de sens, les croyances et représentations de la maladie (c'est-à-dire ce qu'on pourrait appeler grossièrement l'« identité » de la personne malade).

La relation médecin/malade

L'explication la plus classique du comportement de soin passe par le cadre relationnel médecin-malade. Il s'agit du phénomène d'observance ou d'adhésion au traitement et aux conseils du médecin, qui permet de rendre compte des comportements de soins du sujet diabétique ou malade chronique. De manière générale, la non-observance est un phénomène répandu, puisqu'on évalue généralement à un tiers la proportion des sujets se conformant strictement aux prescriptions des médecins, un tiers ne s'y conformant que parfois, un autre tiers ne s'y conformant jamais (Wright, 1993 ; Weinman, Smith & Buzi, 1996).

Dans le diabète, il s'agit d'expliquer les difficultés à gérer sa glycémie en ramenant les comportements effectifs du patient à l'écart existant entre ces comportements et ceux conseillés par le médecin (Stockwell Morris & Schultz, 1992). Il s'agit donc d'un changement du cadre d'analyse, la non-observance constituant d'un certain point de vue un *échec* dans la relation médecin-malade. La question à laquelle on tente de répondre est de savoir comment faire agir le malade de manière efficace, comme le médecin le ferait pour lui, ou à sa place. Cette centration sur la relation médecin-malade a logiquement débouché sur des interventions de nature éducative, qui ont montré une efficacité certaine mais partielle dans le diabète (Padgett, Mumford, Hynes & Carter, 1988 ; Grimaldi et al., 1995).

Au-delà des considérations éthiques sur la liberté individuelle, de la relation paternaliste véhiculée, la notion d'observance a en fait un apport limité dans la problématique posée par le traitement du diabète insulino-dépendant. Effectivement, elle se réfère à un cadre relationnel qui a donné lieu à des résultats très nombreux mais équivoques sur les facteurs impliqués (Stockwell-Morris & Schultz, 1992 ; Morin, Souville & Obadia, 1996 ; Fischer & Tarquinio, 1999). On peut considérer que face à une situation non saisissable par la médecine, la réponse donnée par de nombreux praticiens consiste en une attribution causale externe : « si cela ne marche pas, c'est parce que le malade ne suit pas mes conseils ». L'observance, ou

plutôt la non-observance, est de la responsabilité ultime du patient, même si la tâche du praticien est de favoriser des comportements « adaptés ». Mais « adaptés » pour qui ? On a montré par exemple que des facteurs liés aux stéréotypes sociaux étaient responsables du jugement du degré d'adhésion par les médecins (Escaffre, Morin, Bouhnik et al., 2000). Les mêmes auteurs ont également mis en évidence une forte discordance dans les jugements d'adhésion entre ceux portés par les médecins généralistes et ceux portés par les malades eux-mêmes (dans le cadre de l'infection au VIH).

Le jugement normatif sous-tendu par l'observance pose la délicate question de ce dont le praticien se sent investi, des objectifs qu'il poursuit dans son action avec le patient. En effet, si l'on considère que les praticiens ne sont pas uniquement là pour permettre aux patients de contrôler leur glycémie, mais surtout pour leur permettre de vivre une longue vie agréable, il faut bien prendre en compte ce que cette vie signifie personnellement pour les malades, c'est-à-dire prendre en considération les motivations individuelles. L'observance est aux antipodes d'une telle conception. En effet, cette notion aboutit à considérer la personne uniquement par son expression biologique, la glycémie et le contrôle glycémique, ce qui ne favorise pas une meilleure compréhension du sujet et de son fonctionnement. Elle voit dans le sujet un malade, un diabétique.

Les modèles de croyances et le HBM (Health Belief Model)

L'autre tradition pour rendre compte psychologiquement des comportements de soins des patients est de les considérer comme dépendants des croyances qu'entretiennent les personnes à propos de l'avenir, ainsi que des traitements. Dans cette tradition, de nombreux modèles ont été élaborés, comme la Théorie de l'Action Raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980) ou la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1985). Le lecteur intéressé trouvera une revue de ces modèles, appliquée à la santé dans l'ouvrage de Bruchon-Schweitzer (2002). Parmi ces modèles, c'est le HBM qui a fait l'objet d'applications les plus nombreuses.

Le HBM, ou modèle des croyances en matière de santé, a été mis au point dans les années 60 et 70 par un groupe de psychologues sociaux, afin d'expliquer la difficulté des personnes à adopter des mesures préventives (en prévention primaire, mais aussi secondaire). Ce modèle a ensuite été appliqué aux réactions individuelles face aux symptômes, à la prise de traitements et à l'observance (Rosenstock, 1960, 1974).

Les composants centraux du HBM sont déduits de résultats traditionnels de la psychologie, selon lesquels le comportement dépend principalement de deux facteurs, la valeur attribuée à un certain but par l'individu, et l'estimation par l'individu des chances qu'il a d'atteindre ce but par son comportement. Quand ces variables ont été conceptualisées dans le contexte des comportements concernant la santé, les auteurs ont ainsi abordé, le désir d'éviter la maladie (ou d'aller mieux si le sujet est malade), et la croyance qu'une action empêchera l'apparition de la maladie ou améliorera son état de santé ; c'est-à-dire l'estimation personnelle de la menace de la maladie, et de la possibilité par l'action personnelle, de réduire cette menace. Le modèle inclut différentes dimensions permettant d'expliquer le comportement du sujet : (1) La vulnérabilité perçue ; cette dimension pose la question : le sujet se sent-il concerné par la possibilité d'avoir des complications ? (2) La gravité perçue : dans le champ du diabète, la question posée est : le sujet pense-t-il que ce qui le menace est grave (mort, handicap, effet sur le travail, les relations sociales, etc.) ? (3) Les bénéfices perçus du traitement : dans le diabète, le traitement et le régime alimentaire paraissent-ils à la portée du sujet, et sont-ils jugés comme efficaces sur l'apparition des complications ? (4) Les barrières perçues : dans le diabète, le traitement et les contraintes (injections, auto-contrôles, contrôle strict de l'alimentation...) en valent-ils la peine pour le sujet ?

Plusieurs études concernant le traitement du diabète ont montré que certaines caractéristiques du modèle expliquent en partie le comportement des diabétiques, particulière-

ment en ce qui concerne le traitement (Alogna, 1980). Cerkoney et Hart (1980) ont montré qu'un score d'observance était lié à la gravité perçue. Bond, Aiken et Somerville (1992) ont constaté sur un échantillon de 56 adolescents diabétiques insulino-dépendants que les sujets manifestent une adhésion thérapeutique élevée lorsque les « bénéfices » perçus du traitement dépassent ses contraintes et les coûts induits. Leurs résultats montrent également que lorsque les sujets ne pensent pas que les contraintes thérapeutiques sont compensées par des bénéfices suffisants, ils ont tendance à manifester une faible adhésion thérapeutique. Ces études sont cependant difficilement comparables en raison des divers critères pour envisager le rôle du HBM : observance, comportement, équilibre glycémique, taux de glycémie dans le sang ou dans les urines... Si les premiers travaux utilisant le HBM ont mis en avant la vulnérabilité perçue par les sujets, les travaux plus récents montrent que ce sont les barrières perçues qui de manière répétée ont produit le plus de différences vis-à-vis du comportement effectif des sujets, tant dans les études de prévention que chez les sujets malades (toutes pathologies confondues, Bishop, 1994). Dans la clinique du diabète, comme dans beaucoup de maladies chroniques, on constate ainsi que la peur des complications est certes présente, mais qu'elle ne suffit pas à entraîner un comportement correcteur de la part du sujet.

Si le modèle HBM a eu un impact important sur l'élaboration de divers programmes de prévention (tuberculose, cancers, ou sida), de nombreuses études s'inspirant du HBM ont donné des résultats mitigés (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp. 34-35). En insistant sur des croyances assez abstraites à propos de la vulnérabilité et des bénéfices des actions entreprises par le sujet, le HBM ne prend pas en compte des problèmes importants comme les aspects « expérientiels » des symptômes et les modèles personnels que les personnes mettent au point pour comprendre les maladies (cf. Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992 ; Pédielli, 1993). Cette critique est d'ailleurs adressée traditionnellement à l'ensemble des

modèles socio-cognitifs (cf. Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 42). Le HBM est un modèle très influencé par la volonté de la part des auteurs de changer l'activité des sujets, par des méthodes psychosociales. Ce modèle constitue une tentative d'explication générale et rationnelle du comportement, dans la droite ligne des théories de la décision, selon lesquelles les sujets comparent les coûts potentiels et les bénéfices attendus d'une décision. Les croyances des individus à propos de la probabilité et de la gravité des événements à venir, l'efficacité des précautions prises, et le coût de l'action sont les variables centrales de telles prises de décision (Weinstein, 1987). Ainsi, le HBM n'inclut pas de processus émotionnels, et cela même au niveau des médiateurs, dont, pourtant, on peut supposer qu'ils peuvent influencer l'adoption de comportements, ainsi que nous allons le montrer.

II - COÛTS DE L'ADAPTATION À LA MALADIE

Le diabète en conflit avec la régulation des émotions

Des données empiriques récentes suggèrent que les comportements de soins (et leur résultat biologique, la glycémie) sont perturbés par certaines caractéristiques émotionnelles des patients qui interagissent avec les éléments de la régulation comportementale envisagée par Wing et al. (1986). Les émotions négatives seraient responsables de difficultés ressenties par les patients à contrôler leur glycémie. La relation entre émotions et contrôle glycémique (comportements de soins) est complexe et concerne à la fois l'impact psychologique de la maladie et le rôle du stress sur le contrôle métabolique (reflet des comportements de soins, Cox & Gonder-Frederick, 1992). Le coût psychologique de la maladie apparaît énorme. Par exemple, plusieurs études ont trouvé une incidence supérieure de troubles anxieux ou dépressifs chez les patients diabétiques insulino-dépendants, indépendamment des complications et de troubles fonctionnels (Gavard,

Lustman & Clouse, 1993 ; Lustman et al., 1997). Les difficultés psychologiques peuvent apparaître suite à des expériences liées à la maladie, expériences de natures diverses, comme le diagnostic, un stress accru ou l'apparition de complications (Wulsin, Jacobson & Rand, 1987). Certains résultats suggèrent que les émotions négatives viendraient perturber la mise en place de comportements d'auto-protection ou de soins (Frenzel, McCaul, Glasgow & Schafer, 1988 ; Sultan, Bungener & Andronikof, 2001). Ainsi, la dépression peut rendre l'autorégulation comportementale beaucoup plus difficile, les sentiments de désespoir et d'impuissance qui caractérisent cette affection contribuant à un cercle vicieux impliquant une autorégulation défaillante, un contrôle glycémique moindre, et une aggravation de la dépression (Fisher, Chesla, Mullan et al., 2001).

Alors que la plupart des études considèrent les émotions comme un résultat adaptatif (dans le cadre du modèle du stress et du coping, Lazarus & Folkman, 1984, cf. Chamberlain & Quintard, 2001), certains résultats montrent qu'il faut prendre en compte l'aspect prédictif des émotions négatives vis-à-vis de l'équilibre glycémique chez les hommes (Smari & Valtydottir, 1997) comme chez les femmes (Sultan & Heurtier-Hartemann, 2001). Le coût émotionnel lié à l'impact psychologique de la maladie vient donc en retour compliquer le traitement du patient et perturber les comportements de soins, si important dans une maladie chronique comme le diabète.

En résumé, les études empiriques montrent que le diabète insulino-dépendant a des conséquences émotionnelles considérables et que les émotions négatives vécues par les malades participent à une difficulté à réguler son comportement. Il semble donc que la nécessité de se traiter, et les comportements de soin de manière générale, participent à une remise en cause de la régulation des émotions.

Le diabète en conflit avec la régulation de soi

Un autre effet psychologique de la maladie concerne les remaniements subjectifs dus à la maladie chronique. Il s'agit d'un autre domaine

de l'activité psychologique touché et sur lequel le diabète, comme d'autres maladies, vient contraindre le psychisme des sujets. Ces remaniements subjectifs ont été théorisés par des cliniciens comme Pédinielli (1987), à travers le processus de « travail de la maladie ». Cette approche a le mérite de souligner que le malade ne se résume pas à une perte (d'intégrité, d'invulnérabilité, d'une vie antérieure, etc.), mais aussi que la qualité de cette perte, et notamment sa tonalité plus ou moins subjective, plus ou moins profonde (et donc sa nature plus ou moins destructurante) dépend de processus préalables ou de ressources personnelles. Une illustration empirique de ces remaniements subjectifs peut être trouvée dans l'analyse de la centration sur soi des malades. Certaines études préliminaires ont montré que le discours des sujets sur leur maladie comportait une proportion importante d'indices langagiers liés à la centration sur soi (si l'on considère les pronoms personnels par exemple, Sultan, 1999).

L'exploration du rapport entre estime de soi et maladie aboutit parfois à des résultats contre-intuitifs (Sordes Ader Sordes, 1996 ; Rouvière, 1994), où une estime de soi supérieure est observée chez les malades par rapport aux groupes témoins. Ces résultats sont interprétés comme le produit d'un processus de surcompensation ou survalorisation. Effectivement, il semble que plusieurs tendances intrinsèques dominent le fonctionnement des individus (comme le maintien ou la protection de l'estime de soi, Baumeister, 1994). Il est fortement probable que la maladie, le diabète en particulier, vienne questionner des facteurs subjectifs comme la conscience de soi, la cohérence de soi, et bien sûr l'estime de soi (Andronikof-Sanglade, 1986).

Cette exigence ou cette pression vers des remaniements personnels profonds se traduirait justement par l'existence chez les sujets d'une tendance à protéger ces caractéristiques du soi. Ces aspects, que l'on peut comprendre comme des exigences internes, présentes chez chacun de nous, semblent fondamentaux pour l'équilibre du sujet, ainsi que le montre tout un courant de la psychologie sociale. Ainsi, il est

remarquable que ce ne soit pas juste le fait de voir son estime de soi menacée qui soit coûteux, mais également parfois le simple changement, y compris en positif (Kulik, Sledje & Mahler, 1986). Il a été maintes fois observé qu'en l'absence d'une menace directe visant la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes, les gens tentent de se mettre en valeur à leurs yeux : ils préfèrent et recherchent de l'information positive sur eux-mêmes (Tesser, 1986). En présence de menaces, des réactions de protection de soi sont également observées (Tennen & Herzberger, 1987 ; Josephs, Larrick, Steele & Nisbett, 1992).

Ce type d'exigences, de remise en cause personnelle profonde, provoquée par la maladie est d'autant plus important que de nombreux arguments plaident pour une articulation avec les facteurs émotionnels : conscience de soi élevée, estime de soi basse, cohérence de soi mise à mal, sont autant de facteurs corrélés à des émotions pénibles ou une détresse émotionnelle (Ingram, 1990 ; Baumeister, 1994).

Potentialisation des conflits

Il existe probablement un lien étroit entre les deux formes d'exigences de la maladie considérées jusqu'à présent, à savoir l'impact négatif sur les émotions et la déstabilisation de soi. Illustrons cette affirmation par les recherches sur la conscience de soi.

Des recherches expérimentales déjà anciennes ont démontré qu'en présence d'agents inducteurs de la conscience de soi, les données qui concernent le soi deviennent davantage saillantes chez le sujet et ont de ce fait une incidence accrue sur son organisation cognitive et sur les comportements que celui-ci élabore dans cette situation (Ingram, 1990). Les résultats principaux concernent notamment une meilleure connaissance de ses états internes par le sujet (Scheier et Carver, 1977). L'état de conscience de soi entraînerait une perception plus marquée des états internes, qu'ils soient émotionnels ou simplement physiologiques. On est ainsi amené à comprendre que, dans cet état, la perception accrue des ressentis émotionnels joue un rôle central et guide les décisions comportementales du sujet rendu

conscient de lui-même. Une autre conséquence de ces résultats est que l'individu, rendu davantage conscient de lui-même, est supposé prendre en compte davantage les aspects internes dans la motivation de ses comportements (Rimé & Le Bon, 1984). Les études de Scheier et Carver (1977) montrent que les personnes qui ont une conscience de soi élevée (échelle de Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) répondent également davantage à leurs états affectifs transitoires.

Un autre argument en faveur d'un lien conscience de soi – émotion réside dans le fait qu'un degré élevé d'attention portée sur soi favorise la vulnérabilité à la psychopathologie (Ingram, 1990). Il semble qu'une attention élevée sur soi favorise le vécu d'émotions négatives de deux manières. En premier lieu, cette attention intensifierait l'affect négatif. En deuxième lieu, les individus qui se centrent sur eux-mêmes seraient plus vulnérables aux effets négatifs des situations difficiles quand elles se produisent. Ceci souligne les effets d'intensification et d'initiation de l'attention portée sur soi (voir Ingram & Wisnicki, 1999).

Ainsi, le malade chronique, diabétique insulino-dépendant par exemple, se trouve dans une situation où la maladie (se rappelant à lui principalement par le traitement et les contraintes) sollicite des remaniements subjectifs profonds ainsi qu'émotionnels. Il existe des arguments pour penser que ces remaniements, subjectifs d'une part, émotionnels d'autre part, sont étroitement liés les uns aux autres et que leurs effets se potentialisent mutuellement. Cette hypothèse demanderait bien sûr à être explorée plus avant dans des études empiriques.

III – RELATIONS CONFLICTUELLES ET DYNAMIQUE ADAPTATIVE

Jusqu'à présent, nous avons pensé les données de la maladie, comme exerçant une contrainte parce qu'elle demande au sujet une activité psychologique particulière (concernant les facteurs intra-subjectifs) et une tolérance au vécu émotionnel négatif. Comment peut-on formaliser cette relation d'« exigence » ?

Pour apporter un début de réponse, reprenons l'exemple de la conscience de soi afin d'élaborer l'articulation entre exigences de la maladie et équilibre personnel.

La position ambiguë de la conscience de soi montre que la régulation concomitante de certains critères est difficile. En effet la régulation des émotions négatives et de la glycémie (via les comportements de soins) exige très probablement des niveaux de conscience de soi non compatibles. Si l'on se place dans un cadre comportemental, la théorie de Carver et Scheier (1981, 1982, 2000) argumente en faveur d'une meilleure auto-régulation chez les individus qui ont une conscience de soi élevée. Leur théorie postule que lorsqu'une référence comportementale est saillante, et que le sujet est centré sur lui-même (conscience de soi élevée), l'attention qui est portée sur soi amène à une comparaison entre l'état réel et la référence. Par une série de travaux empiriques, ils ont démontré que les individus centrés sur eux-mêmes régulent plus efficacement leur comportement (en rapport à leurs références personnelles) que ceux qui ont une conscience de soi basse (Carver & Scheier, 1981). Si ces conceptions ont été remises en question par des résultats empiriques ambigus (Matthews & Wells, 1996; Kuhl, 1985), il y a un relatif consensus sur le cadre général de cette théorie. La centration sur un écart entre l'état actuel du sujet d'une part, et l'état désiré en terme de comportement d'autre part, peut motiver efficacement le comportement, dans le cas où l'écart n'est pas trop grand. À l'inverse, une centration exclusive sur l'une ou l'autre de ces deux positions n'est pas susceptible de motiver un changement comportemental. En conséquence, il est tout à fait légitime d'attendre que la régulation glycémique du sujet diabétique exige un degré élevé de conscience de soi car le traitement demande une prise en compte d'un écart dans la glycémie pour initier une action correctrice. Ceci est compatible avec les préférences adaptatives des sujets bien équilibrés au plan du diabète, qui sont en général centrés sur la tâche (style de coping centré sur le problème, Maes, Leventhal & De Ridder, 1996; Sultan & Hartemann-Heurtier, 2001).

Or, comme nous l'avons mentionné, une conscience de soi élevée favorise le ressenti des émotions, notamment des émotions négatives. Le changement de direction de l'attention ou le fait d'atténuer la conscience de soi permet de gérer des affects négatifs ou la menace d'affects négatifs (Hull, 1981; Greenberg et Pyszczynski, 1985). Les gens peuvent réguler leurs émotions également par la manipulation de l'attention portée sur soi. Ainsi Hull (Hull, 1981; Hull, Levenson, Young & Sher, 1983) a montré que les affects négatifs pouvaient être gérés en réduisant la conscience de soi. Ses résultats montrent que les sujets boivent après des expériences négatives car l'alcool diminue la conscience de soi et les états affectifs associés.

En résumé, on peut supposer que la conscience de soi, est l'objet de tensions importantes dans le fonctionnement psychologique du sujet malade. La position de la conscience de soi par rapport à la régulation du comportement d'une part et des émotions d'autre part illustre ce qu'on peut entendre par « exigence de la maladie ». Il s'agit de la problématique de la contrainte, de l'exigence sans cesse renouvelée, exercée par la situation du sujet malade, la nécessité de réguler sa glycémie au plus juste. Cette exigence est de nature spécifique. Elle ne se limite pas à un coût émotionnel ou subjectif profond. Son action peut être plus insidieuse car elle mobilise de nombreuses ressources du sujet au service du traitement et des comportements de soins. Or, les données cliniques et empiriques envisagées précédemment tendent à montrer que ces mêmes ressources sont nécessaires à la gestion des émotions négatives et la protection de soi. Des liens fonctionnels nouveaux sont donc à envisager dans cette clinique particulière de la maladie chronique où certains critères ou objectifs sont « en concurrence », se trouvent incompatibles, le sujet se trouvant plus ou moins explicitement dans une position d'arbitrage entre ses objectifs comportementaux, émotionnels ou subjectifs, position d'arbitrage éminemment conflictuelle.

Ce cadre d'analyse peut être utilisé pour expliquer une partie des rapports du sujet à sa

maladie, dans le sens où le sujet régule par son comportement son niveau de glycémie. Or, cette régulation « consciente » entraîne l'irruption de la maladie dans le champ psychologique. Le modèle de régulation du comportement de Wing et al. (1986) est utile, mais insuffisant car un problème fonctionnel (déséquilibre glycémique) y est interprété comme un *trouble* de la régulation. Nous pensons à l'inverse que la prise en compte d'autres facteurs individuels comme le vécu émotionnel négatif et les remaniements subjectifs, peut expliquer une partie de ces déséquilibres.

On peut penser que ce n'est pas tant une concurrence ou un arbitrage entre critère qui est en quelque sorte « forcé » par le diabète insulino-dépendant, mais une instrumentation différente des variables nécessaires à la régulation du critère, comme notre exemple de la conscience de soi tend à le montrer. Certaines configurations des systèmes en présence font que les variables qui d'habitude sont utilisées sous une certaine forme, dans un certain sens, à un certain degré, ne peuvent l'être en raison de la nécessité d'adopter certains comportements de soins (c'est-à-dire dans le diabète en raison de l'exigence du critère glycémique). Par exemple, il est tout à fait pensable que le diabète bien équilibré demande une conscience de soi élevée (Sultan, Hartemann-Heurtier et Grimaldi, 2003). De même, nombre de recherches montrent que le diabète est le « royaume des stratégies de coping centrées sur le problème » (Maes et al., 1996). Ne serait-ce que du point de vue de ces deux variables (conscience de soi, coping), il semble donc que la marge de manœuvre des patients diabétiques soit déjà très restreinte, et qu'une régulation de la glycémie implique une « concurrence » avec d'autres critères car elle est relativement incompatible avec une conscience de soi basse et des préférences adaptatives centrées sur l'émotion ou l'évitement.

Une des conséquences clinique de cette réflexion concerne les capacités des personnes. Il y a peut-être chez certains individus, une capacité à supporter des situations conflictuelles, alors que chez d'autres, cela est presque

impossible. Il est fortement probable que cette capacité dépende de la quantité de ressources de l'individu, mais aussi d'une certaine flexibilité dans l'utilisation de ces ressources psychologiques. En effet, même si les exigences des systèmes en présence s'imposent avec une certaine permanence, elles concernent certains moments de la vie quotidienne. C'est pourquoi la flexibilité apparaît cruciale dans la capacité à supporter, par exemple, que la conscience de soi soit radicalement différente en fonction du système de régulation concerné, et en fonction du moment particulier de la vie de la personne malade.

En conclusion, nous avons tenté d'apporter un point de vue descriptif sur la dynamique conflictuelle vécue par les personnes souffrant de diabète insulino-dépendant. Deux arguments nous ont semblé à la fois explicatifs et étayés par la littérature existante : (1) la situation de maladie, parce qu'elle est particulièrement contraignante dans le diabète insulino-dépendant, engendre des conséquences au plan émotionnel et intra-subjectif/identitaire ; (2) cela est possiblement le reflet de conflits psychologiques, nés d'exigences contradictoires, impliquant des facteurs intermédiaires ou instrumentaux.

Ce point de vue est bien sûr limité pour plusieurs raisons. Dans notre argumentation, nous nous sommes souvent attachés à des exemples d'activités psychologiques (comme la conscience de soi), à des fins illustratives. C'est pourquoi une généralisation de ces hypothèses de fonctionnement ne serait que pure spéculation. Si notre travail permet de formuler de telles hypothèses, il conviendrait à l'avenir de tenter d'opérationnaliser ces liens fonctionnels (qui spécifient le conflit via des variables instrumentales) pour ouvrir la voie à des études empiriques. De notre point de vue, un des intérêts principaux de cette perspective est de permettre un élargissement de la problématique de l'adaptation à d'autres variables que le coping et de centrer l'attention des chercheurs et des praticiens sur la dynamique intra individuelle pour rendre compte des comportements des personnes malades.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen I. (1985). « From intentions to actions: a theory of planned behaviour », in J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control*. New York, Springer.
- Ajzen I. & Fishbein M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviours*. New Jersey, Prentice-Hall.
- Alogna M. (1980). « Perception of severity of disease and health locus of control in compliant and non-compliant diabetic patients », in *Diabetes CARE*, 3, 533-534.
- Andronikof-Sanglade A. (1986). « Du diabète infantile à l'enfant diabétique : une étude psychologique des rapports entre l'enfant et la maladie », in *Perspectives Psychiatriques*, 25, 162-170.
- Baumeister R.F. (1994). « Self-esteem », in *Encyclopaedia of Human Behaviour*, vol. 4., New York : Academic Press.
- Bertagne P. (1990). « Le diabète ou l'autre en soi à l'adolescence », in *Revue de Médecine Psychosomatique*, 24, 41-56.
- Bishop G.D. (1994). *Health Psychology, integrating mind and body*, Boston, Allyn & Bacon.
- Bond G.G., Aiken L.S. & Somerville S.C. (1992). « The Health Belief Model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus », in *Health Psychology*, 11, 190-198.
- Bruchon-Schweitzer M. (2002). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.
- Carver C.S. & Scheier M.F. (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*, New York, Springer Verlag.
- Carver C.S. & Scheier M.F. (1982). « Control theory: a useful framework for conceptualizing human behaviour », in *Psychological Bulletin*, 92, 111-135.
- Carver C.S. & Scheier M.F. (2000). « On the structure of self-regulation », in M. Boekaerts & P.R. Pintrich (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41-84). San Diego, CA, Academic Press.
- Castro D. (1991). « Aspects psychologiques de la compliance au traitement chez l'enfant diabétique », in *Annales de Pédiatrie*, 38, 455-458.
- Castro D. (1996). « Stratégies psychologiques et maladie chronique », in *Psychologie Française*, 41-2, 131-135.
- Cerkoney K.A.B. & Hart L.K. (1980). « The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus », in *Diabetes CARE*, 3, 594-598.
- Chamberlain K. & Quintard B. (2001). « Les déterminants psychosociaux de l'ajustement au diabète », in M. Bruchon-Schweitzer & B. Quintard (Eds.), *Personnalité et maladies* (pp. 93-112), Paris, Dunod.
- Cox D.J. & Gonder-Frederick L. (1992). « Major developments in behavioral diabetes research », in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 628-638.
- DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group) (1993). « The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus », in *New England Journal of Medicine*, 329, 977-986.
- Debray R. (1983). *L'équilibre psychosomatique, organisation mentale des diabétiques*, Paris, Dunod.
- Escaffre N., Morin M., Bouhnik A.D. et al. (2000). « Injecting drug users' adherence to HIV antiretroviral treatments: physicians' beliefs », in *AIDS Care*, 12, 723-730.
- Fenigstein A., Scheier M.F. & Buss A. (1975). « Public and private self-consciousness: assessment and theory », in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Fischer G.N. & Tarquinio C. (1999). « Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé », in *Pratiques Psychologiques*, 4, 31-43.
- Fisher L., Chesla C.A., Mullan J.T., Skaff M.M. & Kanter R.A. (2001). « Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes », in *Diabetes Care*, 24, 1751-1757.
- Frenzel M.P., McCaul K.D., Glasgow R.E. & Schafer L.C. (1988). « The relationship of stress and coping to regimen adherence and glycemic control of diabetes », in *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 77-87.
- Gavard J.A., Lustman P.J. & Clouse R.E. (1993). « Prevalence of depression in adults with diabetes: An epidemiological evaluation », in *Diabetes Care*, 16, 1167-1178.
- Greenberg J. & Pyszczynski T. (1985). « Compensatory self-inflation: a response to the threat to self regard of public failure », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 273-280.
- Grimaldi A., Sachon C., Bensaïd A. & Casanova S. (1995). « Peur de l'hypoglycémie et/ou pseudo-acceptation: quels sont les obstacles à l'équilibre du diabète insulino-dépendant de l'adulte ? », in *Diabète et Métabolisme*, 21, 65-68.
- Herzlich C. & Pierret J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- Hull J.G. (1981). « A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption », in *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 586-600.
- Hull J.G., Levenson R.W., Young R.D. & Sher K.J. (1983). « Self-awareness - reducing effects of alcohol consumption », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 461-473.
- Ingram R.E. (1990). « Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model », in *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
- Ingram R.E. & Wisnicki K. (1999). « Situational specificity of self-focused attention in dysphoric states », in *Cognitive Therapy and Research*, 23, 625-636.
- Josephs R.A., Larrick R.P., Steele C.M. & Nisbett R.E. (1992). « Protecting the self from the negative consequences of risky decisions », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 26-37.
- Kuhl J. (1985). « Volitional mediators of cognition-behavior consistency: self-regulatory processes and action versus state orientation », in J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: from cognition to behavior*, New York, Springer Verlag, pp. 101-128.
- Kulik J.A., Sledje P. & Mahler H.I. (1986). « Self-confirmatory attribution, egocentrism, and the perpetration of self beliefs », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 587-594.
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer Publishing Company.
- Leventhal H., Diefenbach M. & Leventhal E.A. (1992). « Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions », in *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Lustman P.J., Clouse R.E., Alrakawi A., Rubin E.H. & Gelenberg A.J. (1997). « Treatment of major depression in adults with diabetes: a primary care perspective », in *Clinical Diabetes*, 15, 122-126.
- Maes S., Leventhal H. & De Ridder D.T.D. (1996). « Coping with chronic disease », in M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. New York, Wiley, pp. 252-278.
- Mattews G. & Wells A. (1996). « Attentional processes, dysfunctional coping, and clinical intervention », in M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping*, New York, Wiley, pp. 573-601.
- Morin M., Souville M. & Obadia Y. (1996). « Attitudes, représentations et pratiques de médecins généralistes confrontés à des patients infectés par le VIH », in *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 29, 9-28.
- Padgett D., Mumford E., Haynes M. & Carter R. (1988). « Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus », in *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 1007-1030.
- Pédinielli J.-L. (1987). « Le "travail de la maladie" », in *Psychologie Médicale*, 19, 1049-1052.
- Pédinielli J.-L. (1990). « Diabète insulino-dépendant, auto-agressions et compulsions mortifères », in *Revue de Médecine Psychosomatique*, 24, 15-28.
- Pédinielli J.-L. (1993). « Psychopathologie du somatique: la "maladie-du-malade" », in *Cliniques Méditerranéennes*, 37/38, 121-137.
- Rimé B. & Le Bon N.C. (1984). « Le concept de conscience de soi et ses opérationnalisations », in *L'Année Psychologique*, 84, 535-553.
- Rosenstock I.M. (1960). « What research in motivation suggests for public health », in *American Journal of Public Health*, 50, 295-302.
- Rosenstock I.M. (1974). « Historical origins of the Health Belief Model », in *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rouvière H. (1994). *L'estime de soi, l'image de soi, les stratégies de coping aux risques de la maladie, du cancer, du Sida*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Toulouse II.
- Scheier M.F. & Carver C.S. (1977). « Self-focus attention and the experience of emotion: attraction, repulsion, elation and depression », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 625-636.
- Smari J. & Valtysdottir H. (1997). « Dispositional coping, psychological distress and disease-control in diabetes », in *Personality and Individual Differences*, 22, 151-156.
- Sordes Ader Sordes F. (1996). *Les conséquences psychologiques du cancer: stratégies de coping des adolescents*, thèse de doctorat en psychologie, Université de Toulouse II.
- Stockwell Morris L. & Schulz R.M. (1992). « Patient compliance - an overview », in *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17, 283-295.
- Sultan S. (1999). *Un modèle de régulation dans le diabète insulino-dépendant: le rôle de la relation à soi*, thèse de doctorat en psychologie, Université Paris X-Nanterre.
- Sultan S., Bungener C. & Andronikof A. (2001). « Individual psychology of risk-taking behaviors in non-adherence », in *Journal of Risk Research*, 5, 137-145.

- Sultan S., Hartemann-Heurtier A. & Grimaldi A. (2003). « Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 », in *Diabète & Métabolisme*, 29, 1-10.
- Sultan S. & Heurtier-Hartemann A. (2001) « Coping and distress as predictors of glycemic control in diabetes », in *Journal of Health Psychology*, 6, 731-739.
- Tennen H. & Herzberger S. (1987). « Depression, self-esteem and the absence of self-protective attributional biases », in *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 72-80.
- Tesser A. (1986). « Some effects of self evaluation maintenance on cognition and action », in R.M. Sorrentino & E.T. Higgins, *Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior* (pp. 435-464). New York: Guilford.
- Weinman M.L., Smith P.B. & Buzi R.S. (1996). « Compliance with follow-up among adolescents males with sexually transmitted diseases », in *Psychological Reports*, 78, 840-842.
- Weinstein N.D. (1987). « Cross-hazard consistencies: conclusions about self-protective behavior », in N.D. Weinstein (Ed.) *Taking care: understanding and encouraging self-protective behavior*. (pp. 256-284). Cambridge, Cambridge University Press.
- Wing R.R., Epstein L.H., Nowalk M.P. & Lamparski D.M. (1986). « Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus », in *Psychological Bulletin*, 99, 78-89.
- Wright E.C. (1993). « Non-compliance – or how many aunts has Matilda ? », in *The Lancet*, 342, 909-913.
- Wulsin L.R., Jacobson A.M. & Rand L.I. (1987). « Psychosocial aspects of diabetic retinopathy », in *Diabetes CARE*, 10, 367-373.

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail est de procéder à une revue critique des modèles permettant de comprendre l'adoption de comportements de protection ou de soin dans le diabète insulino-dépendant.

Nous proposons une revue critique s'articulant autour de trois idées. Premièrement, pour expliquer les comportements des personnes, il faut envisager en quoi ces comportements sollicitent l'activité psychologique. C'est en cela que les modèles purement comportementaux, relationnels (comme celui de l'observance) ou encore sociocognitifs semblent peu adaptés. Deuxièmement, on constate que les contraintes psychologiques de la maladie se situent à des niveaux divers: exigences émotionnelles et remaniements intrasubjectifs notamment. Enfin, on peut spécifier ces relations conflictuelles comme une dynamique adaptative spécifique, où certaines activités psychologiques sont instrumentalisées de manière contradictoire par des contraintes divergentes. L'exemple de la conscience de soi permet de décrire cette dynamique conflictuelle inhérente à la maladie et à ses contraintes.

Mots-clés: Diabète – Régulation – Comportements de soins – Emotions négatives – Conscience de soi.

Notes de lecture

Jean-Pierre CHARTIER

La psychanalyse en dialogue.

Nicole Delattre et Daniel Widlöcher. Paris, Odile Jacob, 2003.

Un dialogue! certes mais Daniel Widlöcher aurait préféré le mot conversation entre une philosophe, lectrice avisée de Freud, et un analyste qui, comme l'inventeur de la psychanalyse, bien qu'il s'en défendit parfois, aime la philosophie et la fréquentation des philosophes.

L'inconscient des amateurs de sagesse qui est une forme « de sous-pensée » a-t-il quelque chose à voir avec celui des cognitivistes contemporains qui parlent d'inhibition du rappel ou de « notre inconscient » comme l'a écrit Freud en parlant de sa théorie ?

Pour nourrir la réflexion, les auteurs n'hésitent pas à convoquer Kant, Spinoza et Hegel même si Freud se disait allergique à la dialectique hégélienne qui, selon lui, ressemblait dangereusement au mode de penser des schizophrènes... Mais ici pas question de compromissions entre philosophie, métaphysique et psychanalyse. Daniel Widlöcher, tout en reconnaissant la dette de notre discipline en particulier à Schopenhauer et Nietzsche, reste fidèle au Freud qui récusait toute *Weltanschauung Analytique*. Pour lui s'opposant ainsi fermement aux entreprises lacaniennes « la psychanalyse s'oublie lorsqu'elle se transforme en philosophie ». Si Freud a été influencé par son professeur Brentano n'oublions pas que l'enseignement philosophique faisait partie des

études médicales; il n'avait donc pas choisi librement d'assister à des cours de philo comme certains l'ont avancé abusivement. Le psychologue expérimentaliste radical Gustav Fechner a beaucoup plus influencé sa pensée et ses théories que tous les philosophes réunis...

Quoi qu'il en soit, la qualité des échanges des deux débatteurs de ce livre démontre que l'on peut s'enrichir mutuellement en préservant sa spécificité. Sont ainsi passés au crible en cinq entretiens les concepts fondamentaux de la psychanalyse, la métapsychologie freudienne, son hypostase lacanienne contemporaine « conception tragique de l'inconscient », plus proche, selon moi, vu sa structure langagière de ce que Freud appelle le préconscient que l'instance freudienne « aphasique » donc incapable de parler, susceptible seulement de produire des actes manqués plus ou moins réussis.

Bien sûr, toutes les avancées réinterprétatives de l'œuvre de Freud par Daniel Widlöcher, exposées en particulier dans ses trois ouvrages précédents: « Métapsychologie du sens », « Logiques de la dépression » et les « Nouvelles cartes de la psychanalyse » sont reprises et commentées. Il s'agit en particulier des actes de pensée conscients et inconscients, de l'intentionnalité et de la cure psychanalytique entendue comme un système de co-pensée sans parler de la critique chère à l'auteur de la théorie des pulsions dont il juge qu'elle est à la fois obsolète et non nécessaire à la psychanalyse contemporaine. Mais Widlöcher insiste aussi beaucoup sur la dimension thérapeutique de notre pratique tout en ne « prétendant pas dire la