REVUE INTERNATIONALE

● D ▼ E ■

PSYCHOLOGIE SOCIALE

INTERNATIONAL REVIEW

● O ▼ F ■

SOCIAL PSYCHOLOGY

Revue trimestrielle
Tome 16 - N° 1

PUG

2003

Compliance et concept de soi chez des patients atteints par le VIH : une approche dynamique du soi

*Compliance and self concept of HIV suffering patient :
A dynamic approach of the self*

Tarquino Cyril*
Fischer Gustave Nicolas*
Gauchet Aurélie*
Dodeler Virginie*
Grégoire Alexandra*
Romary Brigitte*

Abstract

The purpose of the two following studies is to show that the understanding of therapeutic compliance behaviours can be facilitated by an analysis of the change of patients's self concept seen here as a dynamic and adaptative process. HIV patients were the object of the two studies which involved the achievement of three different tasks. The first two required the use of traits of character registered as positive or negative (self description and recall tests). As for the third task, patients had to answer to a compliance scale. As a result to the first task, it appears, on one hand, that the HIV patients and the control subjects, judge as self descriptive more positive than negative traits and on the other hand that the HIV patients as opposed to the control subjects recalled more negative than positive traits. More over the more positive is the patient's self perception, the better is his compliance.

Résumé

L'objectif des deux recherches présentées est de montrer que la compréhension des comportements de compliance thérapeutique peut être éclairée par une analyse du changement du concept de soi des malades, appréhendé ici dans une perspective adaptative et dynamique. Réalisées auprès de sujets séropositifs, les deux recherches impliquaient la réalisation de trois tâches distinctes. Les deux premières nécessitaient l'utilisation de traits de personnalité connus positivement et négativement (une tâche autobiographique et une tâche de rappel), la troisième tâche consistait à répondre à une échelle de compliance. Dans la première recherche, il apparaît d'une part que les sujets séropositifs et témoin jugent comme auto-descriptifs plus de traits positifs que de traits négatifs et d'autre part que les sujets séropositifs contrairement aux sujets du groupe témoin rappellent plus de traits négatifs que de traits

Key-words
compliance, HIV, self
concept, adaptation

Mots-clés
compliance, VIH,
concept de soi, traits,
adaptation.

* Université de Metz UFR-SHA - Laboratoire de psychologie - Ile du Sauley - 57045 Metz
Cedex 1 - e-mail : tarquino@zeus.uni-metz.fr; Carquino@aol.com

The second task deals more specifically with the dynamic character of changes and personal adjustments through an attendance of others HIV patients during a period of six months following the date their illness was revealed to them. Indeed, the results show that generally the patients describe themselves more negatively just after the notification of their illness, than several months later. The performances of recall of traits follow the same trend. Finally, as for the study of the relation existing between the self schema evaluation and the compliance, all the results show that the positive self evaluations and positive recall of traits are positively related to the compliance: the more positive is the patient's self perception, the more he develops an efficient compliance.

positifs. En outre, plus les sujets séropositifs ont une perception d'eux-mêmes positive, plus ils ont tendance à être compliants. La seconde étude aborde de façon plus spécifique le caractère dynamique des bouleversements et des ajustements identitaires à travers un suivi d'autres patients séropositifs, de l'annonce de la maladie jusqu'à six mois. Les résultats indiquent que globalement les sujets s'auto-décrivent plus négativement après l'annonce de la maladie qu'ils ne le font plusieurs mois après. Les performances de rappel des traits suivent la même tendance. Enfin, en ce qui concerne l'étude du lien entre l'évaluation du concept de soi et celle de la compliance, toutes les analyses montrent que les auto-évaluations positives et le rappel des traits positifs entretiennent un lien positif avec la compliance: plus les malades ont une perception positive de ce qu'ils sont, plus ils développent une compliance efficace.

Introduction

La compliance ou l'observance thérapeutique est un aspect important des comportements de santé des patients liés à un traitement thérapeutique. Issu des travaux en psychologie de la santé, ce concept a mis en évidence les différentes réactions aux prescriptions médicales et à la nature ainsi qu'à la durée des traitements thérapeutiques (Buckalew & Buckalew, 1995; Dunbar, 1990; Muma, Ross, Parcel & Pollard, 1995). En matière de traitement de l'infection par le VIH, l'étude de la compliance a donné et donne encore lieu à de nombreuses recherches (Blumenfeld & al., 1990; Catz & al., 1999; Chaisson & al., 1996; Chesney, 1997; Chesney & al., 1999; Cramer & Spilker, 1991; Ickovics & Meisler,

1997; Krasneger, Epstein, Johnson, & Yaffe, 1993; Lazzarini & al., 1999; Singh, Squier, Sivek, Wagener, Hong Nguyen, & Yu, 1996; Tarquinio & Fischer, 2001b; Wagner & Rabkin, 2000). Depuis l'apparition des trithérapies, son enjeu et son importance se sont révélés sous un jour nouveau. En effet, les trithérapies basées sur des traitements très individualisés ont entraîné des changements importants, tant chez les professionnels de la santé que chez les malades qui ont bénéficié d'une restauration du système immunitaire (baisse de la charge virale¹ à un niveau indétectable, augmentation du nombre de CD4⁺ diminution significative des infections opportunistes³ et restauration d'un niveau de qualité de vie décent). Celle-ci se réalise au prix de beaucoup d'efforts, de sacrifices et de contraintes. En effet, suivre un traitement anti-rétroviral, c'est s'engager à prendre tous les jours jusqu'à 20 médicaments, à des heures régulières, sans compter les effets secondaires⁴ et/ou toxiques de ces thérapies souvent nombreux et indésirables. Ces contraintes thérapeutiques conduisent selon les cas, à ce qu'il est commun d'appeler une plus ou moins grande compliance. La définition la plus classique et la plus utilisée est celle de Haynes (1979), qui la désigne comme « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes ou de changement dans son mode de vie) coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ». En d'autres termes, elle se caractérise par un grand nombre de comportements liés à la santé, tels que prendre des médicaments, venir au rendez-vous du médecin, avoir une alimentation saine et équilibrée, faire de l'exercice,

1. Quelques jours après la contamination s'installe une phase viremique caractérisée par la présence de nombreux virus dans le sang et de nombreuses cellules infectées productrices de virus. Après la fenêtre virologique (période silencieuse de 10 à 12 jours durant laquelle ni virus, ni anticorps ne sont détectables) la réplication virale peut être mise en évidence par la mesure de l'ARN-VIH plasmatique appelée communément « charge virale ». Celui-ci atteint rapidement un maximum qui semble différer d'un sujet à l'autre (102 à 107 copies VIH/ml de plasma). La mesure de la charge virale consiste en une quantification des particules libres présentes dans le plasma. En l'absence de traitement l'ARN-VIH plasmatique reste en général positif et se stabilise, environ 6 mois après la contraction du virus (le contage), à un niveau d'équilibre qui a une valeur prédictive de l'évolution de l'infection à long terme. Cet examen est indispensable pour poser les indications thérapeutiques.

2. La destruction des lymphocytes CD4⁺ entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire.

3. L'évolution de l'infection se traduit généralement par la survenue de pathologies plus ou moins graves, principalement des maladies bénignes de la peau (zona, poussée d'herpès), d'autres sont plus spécifiques de l'infection par le VIH comme la leucoplasie chevelue de la langue.

4. Il s'agit des effets toxiques des thérapies qui sont nombreux (nausées, vomissements, douleurs abdominales, fatigue, diarrhées, maux de tête, ...)

éviter de fumer (Blackwell, 1973, 1992 ; Myers & Midence, 1998) Nous envisagerons l'étude de la compliance en rapport avec l'identité des malades par l'étude du concept de soi. La conception cognitive du Soi postule que l'organisme sélectionne toutes les informations dans l'environnement et les traite pour construire une représentation interne de cet environnement. Ce modèle a eu pour conséquence une formulation de la représentation largement cognitive du concept de soi (Damon & Hart, 1982 ; Markus & Sanitis, 1982; Reuchlin, 1990). Les recherches sur cette composante cognitive du Soi qu'est le concept de soi révèlent deux aspects opposés : il peut être malléable et fortement influencé par les contextes (McGuire & McGuire, 1988 ; Tarquinio & Somat, 2001) ou stable et résistant au changement (Swann, 1985). Markus et Wurf (1986) suggèrent qu'il est les deux à la fois. Les changements temporaires au niveau du concept de soi, provoqués par des circonstances sociales particulières, se reflètent dans les contenus d'un concept de soi de travail (Cantor & Kihlstrom, 1986 ; Markus & Nurius, 1986 ; Rhodewalt & Agustsdottir, 1986). Le concept de soi de travail, ou concept de soi du moment, est vu comme un domaine de connaissances accessibles, continuellement actif et changeant (Markus & Wurf, 1987). Le concept de soi de travail est constitué de certaines conceptions de soi centrales associées à des conceptions de soi plus provisoires liées aux circonstances prédominantes. Ainsi, le concept de soi de travail est une structure temporaire constituée d'éléments issus de la collection des conceptions de soi, organisée en une configuration déterminée par les événements sociaux du moment. Dès lors, les résultats révélant une certaine malléabilité du soi (Fazio & al., 1981 ; Jones & al., 1981) peuvent être expliqués par un changement des contenus du concept de soi de travail. Le concept de soi peut donc être appréhendé comme une structure permettant la généralisation ou la théorisation sur soi à partir de la catégorisation des comportements répétés par soi et autrui. Il conduit à une idée clairement identifiée du type de personne que l'on est. Le concept de soi se constitue comme une base de perception et d'interprétation des comportements, permettant aux individus de donner du sens à leurs expériences sociales (Markus & Smith, 1981 ; Markus, Smith & Moreland, 1985) et au monde en général si l'on considère comme Baumeister (Baumeister, 1995 ; Baumeister & Heatherton, 1996)

COMPLIANCE, VIH ET CONCEPT DE SOI

que le soi joue de manière générale un rôle d'autorégulation du comportement. Markus & Kunda (1986) reconnaissent cependant que si des situations ou des expériences exigeant une activation de conceptions de Soi en désaccord avec certaines conceptions de Soi centrales surviennent de façon répétitive ou prolongée, ces conceptions centrales changeront également. Parmi ces expériences, la maladie peut conduire à des modifications spécifiques du soi (Bartos & McDonald, 2000 ; Cole, Kemeny & Taylor, 1997 ; Knecht & al., 2001 ; Roth & Nelson, 1997 ; Tewksbury, 1994). Clemmey et Nicassio (1997) ont ainsi montré que des personnes souffrant de maladies chroniques se différencieraient sur le plan de la structuration de leur concept de soi, des personnes non malades. En effet, certains troubles de l'identité rencontrés par exemple chez les personnes atteintes par une maladie grave sont liés à une perte d'attributs, de fonctions physiques, de rôles sociaux, ou d'occupations personnelles (Tap, Tarquinio & Sorde-Adler, 2001 ; Tewksbury & McGaughy, 1998). Toutes ces pertes correspondent elles-mêmes à des identités évanouies comme perdues ou transformées (Bartos & McDonald, 2000 ; Charmaz, 1991, 1994, 1995). Les pertes difficiles à supporter ébranlent les pensées et les sentiments. Des dilemmes apparaissent lorsque les individus affrontent des problèmes épineux, reconnaissent leurs incapacités, et prennent des décisions difficiles (Contrada & Ashmore, 1999 ; Pinder, 1988 ; Reif, 1975 ; Wiener, 1975). Les études conduites par Shapiro, Angus & Davies (1997) ont de leur côté mis en évidence des changements spécifiques du concept de soi, parmi lesquels on distingue une *renaissance* : c'est-à-dire l'adoption d'un nouveau soi, que White (2000) dans une étude sur les femmes atteintes par le VIH appelle le tournant décisif du soi (*the turning point of self*), au cours duquel des facettes auparavant inexprimées du soi apparaissent en force. Ces « révisions » reflètent la nature dynamique du soi. La renaissance semble être le fruit d'un détachement des rôles et des réseaux sociaux antérieurs ainsi que d'une recherche et d'une découverte de nouveaux rôles et de nouveaux réseaux. De la sorte, la compréhension de comportements de santé comme la compliance peut être éclairée par une analyse du changement du concept de soi des malades. C'est l'objectif des deux études qui seront présentées.

REVUE INTERNATIONALE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE 2003 N°1

Problématique et hypothèses

Comme nous l'avons évoqué le concept de soi n'est jamais une donnée définitive ; il peut varier d'une situation à l'autre, d'une rencontre à l'autre, en fonction des problèmes à résoudre, des choix à faire. Cette stabilité et cette malléabilité du concept de soi va pour une part au moins dépendre des émotions éprouvées à l'égard d'une situation ou du regard d'autrui, amenant l'individu à se valoriser ou à se dévaloriser. On peut alors se demander quelles pourraient être les implications identitaires (en terme de concept de soi) de la confrontation d'un individu à une maladie grave telle que le VIH. On peut penser que cela fera « éclater » son identité (Fischer, 1994 ; Lévéque, 2001 ; Tewksbury, 1994). En effet, du fait de leur appartenance à une catégorie particulière les patients VIH font encore souvent l'expérience d'évaluations sociales stigmatisantes (Alonzo & Reynolds, 1995 ; Boshier, 1992 ; Crandall & Coleman, 1992 ; Goldin, 1995 ; Herek, 1990 ; Prishin, 1995). Stigmatiser, c'est imposer des attributs négatifs à certaines personnes, leur jeter un discrédit, leur donner une image d'eux-mêmes négative. La notion de stigmaté qui est très ancienne, désignait une marque corporelle, en général appliquée au fer rouge et qui avait pour objectif « d'exposer ce qu'avait d'inhabituél et de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée » (Goffman, 1975). Elle a été reprise et utilisée essentiellement dans les travaux psychosociologiques pour caractériser le marquage représenté par une forme ou une autre de disqualification sociale (Paugam, 1991). Cette disqualification sociale empêche d'être pleinement accepté par la société. « Ce que le sida détruit, avant même le système immunitaire, ce sont les liens, les relations qui réunissent la personne atteinte à son entourage et aux autres » (Kneip, 1995, in Lévéque, 2001). Une des conséquence est le repli sur soi qui oblige à prendre conscience de ce marquage social. Celui-ci a tendance le plus souvent à renforcer les maladies dans une auto-description négative d'eux-mêmes (Kellerman, Zeltzer, Ellenberg, Dasch & Rigler, 1980 ; Visintini, Bagnato, Campanini & Fontana, 1995) qui au fil du temps va concourir à l'émergence d'un concept de soi dévalorisé. Nous pensons donc que l'infection par le VIH va provoquer

une dévalorisation du concept de soi que nous appréhenderons ici à partir de tâches d'auto-présentation et de rappel réalisées avec des traits de personnalité. De façon plus précise nous formulerons les hypothèses suivantes : 1. Le score d'auto-description obtenu par les sujets VIH sur des traits négatifs sera plus élevé que celui obtenu par les sujets d'un groupe témoin. En revanche le score obtenu sur des traits positifs sera plus élevé pour les sujets du groupe témoin que pour les sujets VIH. 2. Les patients VIH rappelleront davantage de traits négatifs que de traits positifs par opposition aux sujets du groupe témoin qui devraient rappeler plus de traits positifs. 3. Nous pensons en outre qu'il existe un lien entre la perception que les malades ont d'eux-mêmes et certains comportements de santé tels que la compliance (Adam & Sears, 1996 ; Knecht & al., 2001). Si les sujets se perçoivent négativement, s'ils s'accordent peu d'intérêt et d'importance, on peut alors supposer comme Bartos & McDonald (2000) l'ont montré dans une étude qualitative que cela aura des conséquences en terme de mauvaise compliance. C'est la raison pour laquelle nous faisons l'hypothèse d'un lien (régression) entre le concept de soi et la compliance des patients. Nous supposons en particulier que les auto-descriptions et le rappel de traits positifs auront un lien positif avec la compliance.

Sujets

Soixante douze personnes (trente six sujets VIH et trente six sujets témoins) ont participé à l'étude. Tous les sujets VIH ont été contactés dans le cadre Hospitalier (Hôpital Beauregard à Thionville). Tous faisaient l'objet d'un traitement antirétroviral depuis au moins une année et aucun d'eux n'avait jusque-là participé à un protocole de recherche. Les sujets du groupe témoin ont été recrutés dans les organismes de formation et les entreprises de la région lorraine. Ils ne souffraient lors de l'étude d'aucune maladie et ne prenaient aucun traitement particulier. Tous ont été apparés au groupe expérimental sur la base de quatre critères : l'âge, le sexe, le niveau scolaire et l'état civil. Les caractéristiques de l'échantillon ont été résumées dans le tableau 1.

Tableau 1
Efficacité et nombres
Caractéristiques des
échantillons de la
première étude.

Variables	Sujets VIH (n=36)	Sujets témoins (n=36)
Âge	M=36,8 SD=9,2	M=34,7 SD=7,4
Sexe	Hommes : 69,4% (25/36) Femmes : 30,6% (11/36)	Hommes : 66,7% (24/36) Femmes : 33,3% (12/36)
Nationalité	française : 100% (36/36)	française : 100% (36/36)
État civil	Célibataire : 47,2% (17/36) Marié : 16,6% (6/36) Divorcé : 8,3% (3/36) Concubinage Homosexuel : 19,4% (7/36) Concubinage Hétérosexuel : 8,3% (3/36)	Célibataire : 38,8% (14/36) Marié : 19,4% (7/36) Divorcé : 11,1% (4/36) Concubinage Homosexuel : 19,4% (7/36) Concubinage Hétérosexuel : 11,1% (4/36)
Niveau d'étude	BEPC : 11,1% (4/36) BEP : 61,1% (22/36) BAC : 16,7% (6/36) > BAC : 11,1% (4/36)	BEPC : 11,1% (4/36) BEP : 58,3% (21/36) BAC : 13,9% (5/36) > BAC : 16,7% (6/36)
Mode de transmission	Voie sexuelle : 61,1% (22/36) Voie sanguine : 38,9% (14/36)	
Stade de l'infection	Asymptomatique ⁵ : 66,7% (24/36) Symptomatique : 33,3% (12/36)	
Maladies opportunistes	Oui : 33,3% (12/36) Non : 66,7% (24/36)	
Traitement actuel	Thérapie : 100% (36/36)	Aucun : 100% (36/36)
Nombre de lymphocytes CD4+ (cellules/mm ³)	> 500 : 31,6% (6/36) 200-500 : 47,4% (9/36) < 200 : 21% (4/36)	
Charge virale	Détectable : 61,1% (22/36) Indétectable : 38,9% (14/36)	
Effets secondaires	Oui : 55,6% (20/36) Non : 44,4% (16/36)	
Annonce de la maladie en année	M=2, 14 ans SD=1,94	

Matériel et procédure

Les sujets ont tous été soumis aux mêmes conditions expérimentales. Après avoir lu la feuille de présentation rappelant les objectifs de la recherche et indiquant les consignes à suivre, les sujets étaient invités à remplir une demande d'autorisation (en

5. La phase de séropositivité sans symptômes cliniques correspond à la période durant laquelle les effets toxiques du virus semblent apparemment contrôlés par le système immunitaire et par l'organisme. A ce stade, les personnes séropositives ne présentent aucun signe physique de maladie, elles sont dites « asymptomatiques ».

COMPLIANCE, VIH ET CONCEPT DE SOI

double exemplaire) de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (loi n° 78/17 du 6 janvier 1978) permettant le traitement statistique des données de manière anonyme. A la suite de cela les sujets devaient réaliser trois tâches distinctes :

1. Tâche autobiographique : Les sujets devaient s'auto-décrire à partir d'une liste de 50 traits (25 traits positifs : coopératif, en bonne santé, reposé, solide, fort, résistant, autonome, serein, plein d'entrain, vivant, robuste, alerte, capable, paisible, vif, efficace, jovial, qui se sent bien, plein de vie, costaud, équilibré, dynamique, actif, animé, authentique et 25 traits négatifs : souffrant, épuisé, dépendant, invalide, plaintif, affaibli, passif, frêle, éreinté, incurable, vulnérable, peu attirant, blessé, triste, pessimiste, dépressif, diminué, fragile, malade, impuissant, mal en point, fatigué, usé, désespéré, lent) obtenue à partir d'une procédure identique à celle utilisée par Tarquinio, Fischer, Gauchet & Perarnaud (2001). Chacun de ces traits était accompagné d'une échelle de Likert en six points allant de 1 « ne me décrit pas du tout » à 6 « me décrit tout à fait » ce qui a permis le calcul d'un score total (somme) pour les traits positifs et d'un autre pour les traits négatifs. Afin d'éviter d'éventuels effets de récence ou de primauté nous avons pris le soin de contre-balancer la position des traits dans la liste.

2. Tâche de rappel : Après une tâche distractive (test des dominos) les sujets devaient inscrire sur une feuille blanche tous les mots dont ils se rappelaient et qui venaient de leur être présentés lors de la tâche auto-biographique. Le temps autorisé pour effectuer cette tâche était de 5 minutes. Pour la cotation, nous avons comptabilisé le nombre de traits positifs et le nombre de traits négatifs effectivement rappelés.

3. Fiche signalétique et évaluation de la compliance⁶ : Un dossier était ensuite transmis aux patients. Celui-ci contenait respectivement une fiche signalétique et une échelle de compliance (Tarquinio, Fischer & Grégoire, 2000). La fiche signalétique a per-

6. Afin d'éviter d'éventuels effets d'ordre, le remplissage de la feuille signalétique et de l'échelle de compliance a eu lieu dans cinquante pour cent des cas avant les tâches relatives au concept de soi.

REVUE INTERNATIONALE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE 2003 N°1

mis le recueil d'informations sur les sujets tels que leur sexe, leur âge, leur état civil, leur niveau de diplôme, et les caractéristiques de leur maladie. L'échelle de compliance utilisée était celle de Tarquinio, Fischer & Grégoire (2000) qui est composée de douze items. Je respecte l'ensemble des prescriptions médicales ; je prends l'ensemble de mes médicaments ; je respecte les heures de prise de mes médicaments ; je respecte les doses prescrites ; j'oublie de prendre mes médicaments ; j'arrête les prescriptions ; j'ai une alimentation saine et équilibrée ; j'ai une vie saine ; j'adopte des comportements ne nuisant pas à ma santé ; Je prends d'autres traitements prescrits par le médecin ; je respecte les rendez-vous médicaux ; je me livre aux examens biologiques, cliniques ou autres). A chacun de ces items était associé une échelle d'attitude de type Likert en 5 points opposant la modalité 1 « jamais » à la modalité 5 « systématiquement ». C'est à partir de cette échelle qu'un score global de compliance a pu être établi.

Résultats

Tâche autobiographique

Les données ont été traitées par analyse de variance sur la base du plan 2 (groupe de sujets : malades du sida vs témoins) * 2 (type de traits : positif vs négatif) avec le type de traits comme facteur intra-sujet (Cf. Tableau 2). L'analyse des résultats indique un effet principal du type de traits ($F(1,70) = 84,13, p < .001$) indiquant que les sujets s'auto-décrivent plus fortement à partir des traits positifs que des traits négatifs.

TABLEAU 2
Moyennes et écart-types des scores obtenus pour les traits positifs et les traits négatifs avec la tâche d'auto-description par les sujets VIH et témoins.

	Traits positifs	Traits négatifs	Total
Sujets VIH (n=36)	112,5 (22,13)	91,13 (26,76)	101,81 (12,44)
Sujets Témoins (n=36)	126,8 (14,47)	67,8 (19,26)	97,31 (6,88)
Total	119,66 (19,92)	79,47 (25,96)	

L'interaction entre les deux variables type de traits et groupe de sujets ($F(1,70) = 18,47, p < .001$) précise les choses. Elle montre après décomposition, d'une part que les sujets VIH ($F(1,70) = 11,88, p < .001$) comme les sujets du groupe témoin ($F(1,70) = 90,77, p < .001$) s'auto-décrivent plus avec les traits positifs qu'avec les traits négatifs. Il apparaît d'autre part que les sujets témoins s'auto-décrivent plus positivement ($F(1,70) = 10,57, p < .001$) et moins négativement ($F(1,70) = 18,08, p < .001$) que les sujets VIH.

Tâche de rappel

Les données recueillies lors de la tâche de rappel ont été traitées par analyse de la variance sur la base du même plan expérimental que précédemment. L'analyse des résultats (Cf. Tableau 3) indique que les traits positifs sont globalement mieux rappelés que les traits négatifs ($F(1,70) = 54,37, p < .001$).

	Traits positifs	Traits négatifs	Total
Sujets VIH (n=36)	3,30 (1,32)	3,44 (1,13)	3,52 (0,94)
Sujets Témoins (n=36)	5,08 (1,94)	1,63 (1,47)	3,36 (1,36)
Total	4,19 (1,88)	2,54 (1,59)	

TABLEAU 3
Moyennes et écart-types obtenus lors de la tâche de rappel pour les traits positifs et les traits négatifs par les sujets VIH et témoins.

L'interaction entre les deux variables type de traits et groupe de sujets est significative ($F(1,70) = 63,89, p < .001$). Après décomposition il apparaît que les sujets VIH rappellent autant de traits négatifs que de traits positifs ($F(1,70) < 1, ns$), alors que les sujets témoins rappellent plus de traits positifs que de traits négatifs ($F(1,70) = 118,08, p < .001$). Il apparaît également que les sujets témoins rappellent plus de traits positifs ($F(1,70) = 20,48, p < .001$) et moins de traits négatifs ($F(1,70) = 33,89, p < .001$) que les sujets VIH.

Compliance thérapeutique et concept de soi

La mesure de la consistance interne de l'échelle de compliance ($M = 50,63 ; s = 7,38, n = 36$) indique un coefficient α de Cronbach (1951) de .91 (expliquant 82,81% de la variance globale). Ces

résultats permettent de considérer que globalement l'échelle dispose d'une bonne consistance interne. Nous avons également estimé la validité critique concourante de l'échelle à partir du taux de CD4+ souvent utilisé dans la littérature sur le VIH (Tarquinio & Fischer, 2001b). La corrélation entre l'échelle de compliance et ce critère est de .38, $p < .05$ montrant ici encore une assez bonne validité de l'échelle.

Après comparaison du score obtenu par notre échantillon à l'échelle de compliance, à celui obtenu avec la même échelle ($M=53,82$; $s=6,71$, $n=125$) par Tarquinio, Fischer & Grégoire (2000) il apparaît que les sujets de notre échantillon sont significativement moins compliants que ceux de l'étude en question ($t(159)=2,43$, $p < .001$). Une telle indication permet de disposer d'informations sur les comportements de santé de nos sujets moins « disposés » que d'autres à suivre les traitements qui leur ont été prescrits.

Afin d'envisager les interrelations entre les caractéristiques du concept de soi et la mesure de la compliance, nous avons fait appel à un modèle de régression linéaire (Cf. Tableau 4).

TABLEAU 4
Modèle de régression
relatif au score
de compliance.

Variables	Compliance		
	B	t	p
Constante	13.22	1.025	.31
Tâche auto-descriptive pour les traits positifs	.17	2.43	.021
Tâche auto-descriptive pour les traits négatifs	-.004	-0.84	.40
Rappel des traits positifs	2.86	2.17	.038
Rappel des traits négatifs	-1.38	-1.18	.24
Caractéristiques des modèles	R multiple = .72 ; R2 ajusté = .52 F(5,35) = 8.55, $p < .001$		

Celui-ci explique 52% de la variance et permet de montrer le lien entre certains indicateurs du concept de soi et le score de compliance. Toute chose étant égale par ailleurs, l'augmentation de l'auto-description à partir de traits positifs, ainsi que l'augmentation du rappel de ces mêmes traits positifs est significativement relié à l'augmentation du score global de compliance.

Discussion

Comparativement au groupe témoins les sujets VIH s'auto-décrivent plus à partir de traits négatifs et moins à partir de traits positifs, même si ces derniers comme que les sujets du groupe témoin jugent comme auto-descriptifs plus de traits positifs que de traits négatifs. En revanche, il apparaît que les sujets VIH rappellent plus de traits négatifs que les sujets témoins, qui en revanche rappellent plus de traits positifs que les premiers. Ces résultats montrent de façon plus spécifique que si les sujets VIH semblent avoir intériorisé au fil de leur histoire certaines caractéristiques négatives de leur maladie vécues (Kellerman, Zeltzer, Ellenberg, Dasch & Rigler, 1980 ; Visintini, Bagnato, Campanini & Fontana, 1995), ils posent sur eux-mêmes un regard plutôt bienveillant. Sur le plan psychosocial, cette structuration du soi peut être considérée comme la résultante d'un effet miroir (*looking glass self*), dont certaines études ont depuis longtemps montré l'importance (Cooley, 1902; Mead, 1934; Shrauger & Schoeneman, 1979) dans la structuration de l'identité. Le concept de soi des sujets VIH pourrait ainsi s'organiser dans le cadre des interactions sociales et à partir de l'image qui leur est ainsi renvoyée à la fois au sein du groupe familial et du groupe professionnel. Cette caractéristique du concept de soi des sujets VIH, leur focalisation sur le jugement social et leur nouvel état constituent un facteur symptomatique de leur adaptation. En outre, certaines caractéristiques du concept de soi semblent influencer la qualité de la compliance thérapeutique. Comme Adam & Sears (1996) ou encore Knecht & al. (2001) il apparaît que plus les malades s'auto-décrivent positivement, plus ils ont tendance à être compliants. Ce remaniement du concept de soi généré par la maladie est un élément déterminant dans la mobilisation des comportements de compliance, au même titre que la croyance à l'efficacité des traitements (Tarquinio & Fischer, 2001 ; Tarquinio, Fischer & Grégoire, 2000). Il constitue la trame à travers laquelle le malade va gérer ou non son désir de vivre ou de survivre (Fischer, 1994). Le rejet ou le soutien social perçu peuvent être des facteurs de ce processus (Breakwell, 1986) dont la prise en compte est importante pour une bonne compliance. Le lien social et les liens de parenté sont depuis longtemps considérés comme des éléments essentiels au bien-être des individus. Ils

peuvent avoir un rôle modérateur sur la maladie en atténuant ses effets (Callaghan & Morrissey, 1993 ; Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000 ; Hurdle, 2001 ; Tarquinio, Costantini & Fischer, 2001). Dans tous les cas la structuration du concept de soi est génératrice pour les malades d'un autre rapport au monde, à sa maladie et par conséquent à son traitement. C'est à travers cette nouvelle perception de la réalité que les malades vont considérer et définir ce qui est essentiel et ce qui ne l'est pas, mais aussi évaluer les bénéfices et les coûts psychologiques engendrés par les traitements. Comme Baumeister (Baumeister, 1995 ; Baumeister & Heatherton, 1996) nous pensons que non seulement le concept de soi influence chaque aspect du traitement de l'information en rapport à soi, mais également la perception du monde. Il est un prisme à travers lequel les individus vont orienter leurs comportements et déterminer leur choix de vie. Lorsque des facteurs comme la maladie grave en bouleversent les caractéristiques, c'est le rapport au monde et dans le cas de la maladie grave le rapport à la vie et à la mort qui deviennent centraux et qui vont conduire à une estimation du rapport coût/bénéfice entre la compliance et la non-compliance thérapeutique. L'anticipation du déclin physique et psychologique à venir et le besoin de traitements contraignants sont à même de remettre en cause la valeur de la vie (Greenberg, Pyzynski & Solomon, 1986). C'est la relation à soi-même qui se trouve ici entamée et qui se rejoue.

Cette première étude a montré que l'identité des personnes atteintes par le VIH pouvait être altérée par la maladie et que cela avait un lien avec certains comportements de santé comme la compliance. La seconde étude abordera le caractère dynamique des bouleversements et des ajustements identitaires qui surviennent avec le temps depuis l'annonce de la maladie, puis quelques mois plus tard.

Étude 2

Problématique et hypothèses

Plusieurs recherches ont montré que les sujets atteints par une maladie grave avaient tendance à porter un regard plutôt négatif sur eux-mêmes (Kellerman, Zeltzer, Ellenberg, Dasch & Rigler, 1980 ; 1986 ; Visintini, Bagnato, Campanini et Fontana, 1995), d'autres en revanche (Bedell, Giordani, Amour, Tavormina & Boll, 1977 ; Jamison, Lewis & Burish, 1986 ; Zani, Di Palma & Vullo, 1995) montrent que les personnes atteintes d'une maladie chronique ne se distinguent pas dans leur auto-perception des personnes « en bonne santé ». Selon ces derniers auteurs, les individus n'adoptent pas un concept soi du malade, par conséquent négatif, mais plutôt une image positive. L'épreuve de la maladie aurait en fait pour effet de stimuler le désir de vie du sujet malade (Fischer, 1994) ; elle aurait des effets positifs sur les stratégies d'adaptation (D'Andrea, 1996 ; Friedman, 1994) et le développement de la personnalité (Stein & Jessop, 1982). Le concept de soi se trouverait alors amélioré par le fait d'être malade (Sordes-Ader, 1998). On peut alors faire appel aux notions de résilience ou de compensations pour expliquer un tel résultat (Grynlitk, 1999, 2001 ; Tap, 2001 ; Vinay & al., 2000 ; Zani, *et al.*, 1995). Sur le plan identitaire, cette recherche d'adaptation oblige les individus touchés par la maladie grave sinon à remettre en question leur concept de soi tout au moins à l'actualiser avec le temps. Une telle conception est consistante avec les tenants d'un concept de soi dynamique, malléable, accessible, continuellement actif et changeant (Cantor & Kihlstrom, 1986 ; Markus & Nurius, 1986 ; Rhodewalt & Agustsdottir, 1986). Ainsi, il nous a semblé important dans le cadre d'une seconde recherche de prendre en compte le caractère dynamique et adaptatif du concept de soi toujours en lien avec la compliance thérapeutique. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude longitudinale qui nous a permis de suivre des patients sur une période six mois après l'annonce de leur maladie, ce que peu de recherches avaient jusqu'à envisagé (Frick, Gal, Lane & Sewell, 1998). Une telle prise en compte de la dimension temporelle nous paraît centrale car elle permet une évaluation des sujets dans deux contextes qu'il est nécessaire de distinguer : 1. la période post immédiate de l'annonce que nous

supposons déstabilisante pour l'identité du sujet, qui à cette période de la maladie semble se percevoir plutôt négativement (Barros & McDonald, 1999 ; Lévéque, 2001 ; Tewksbury, 1994) ; 2. la situation du malade quelques mois après l'annonce, où nous supposons que pour surmonter l'épreuve de la maladie et survivre tant physiquement que psychologiquement le malade développerait une perception plus positive de lui, que l'on peut assimiler à une forme d'adaptation identitaire. Ainsi, nous faisons les hypothèses suivantes : 1. Nous supposons que le score d'auto-description obtenu par les sujets VIH à partir des traits négatifs sera plus faible lors de la seconde phase que lors de la première. Inversement nous nous attendons à un score d'auto-description plus élevé sur les traits positifs lors de la seconde phase que lors de la première. 2. Nous faisons également l'hypothèse que le rappel par les sujets VIH des traits négatifs sera plus faible lors de la seconde phase que lors de la première, alors que nous supposons que le rappel des traits positifs toujours pour ces mêmes sujets sera plus important lors de la seconde phase que lors de la première. 3. En ce qui concerne la compliance et de façon consistante avec l'étude 1 nous pensons qu'il existe un rapport entre la perception que les malades ont d'eux-mêmes et leur conformité aux prescriptions médicales (Barros & McDonald, 2000 ; Knecht & al., 2001). Si nous nous attendons à une augmentation globale du score de compliance entre les phases 1 et 2, nous pensons également retrouver les mêmes liens (régression) que dans l'étude 1 entre les tâches d'auto-description, de rappel et la mesure de la compliance thérapeutique.

Sujets

Vingt personnes atteintes par le VIH ont participé à cette étude. Les patients étaient contactés, lors de leur consultation dans les centres hospitaliers de Lorraine. Si le recrutement des sujets dépendait le plus souvent de leur disponibilité et de leur désir de participer à notre étude, le choix du lieu de la rencontre (hôpital, association ou domicile) était toujours déterminé par les patients selon leurs souhaits. Les sujets du groupe témoin ont été recrutés comme dans l'étude 1 dans les organismes de formation et les entreprises de la région lorraine. Ils ne souffraient lors de l'étude d'aucune maladie et ne prenaient aucun traitement particulier.

COMPLIANCE, VIH ET CONCEPT DE SOI

Tous ont été apparés au groupe expérimental sur la base de quatre critères : l'âge, le sexe, le niveau scolaire et l'état civil. Les caractéristiques de l'échantillon ont été résumées dans le tableau 5. Aucun des sujets VIH et témoin de cette seconde étude n'a participé à la précédente.

Variables	Sujets VIH (n=20)	Sujets témoins (n=20)
Âge	M=33,95 SD=5,17	M=33,09 SD=4,3
Sexe	Hommes : 85 % (17/20) Femmes : 15 % (3/20)	Hommes : 85 % (17/20) Femmes : 15 % (3/20)
Nationalité	Française : 100% (20/20)	Française : 100% (20/20)
État civil	Célibataire : 20% (4/20) Marié : 5% (1/20) Divorcé : 5% (1/20) Concubinage Homosexuel : 30 % (6/20) Concubinage Hétérosexuel : 40 % (8/20)	Célibataire : 25% (5/20) Marié : 5% (1/20) Divorcé : 10% (2/20) Concubinage Homosexuel : 25 % (5/20) Concubinage Hétérosexuel : 35 % (7/20)
Niveau d'étude	BEPC : 15 % (3/20) BEP : 35 % (7/20) BAC : 10 % (2/20) > BAC : 40 % (8/20)	BEPC : 20 % (4/20) BEP : 35 % (7/20) BAC : 15 % (3/20) > BAC : 30 % (6/20)
Mode de transmission	Voie sexuelle : 95 % (19/20) Voie sanguine : 5 % (1/20)	
Stade de l'infection	Asymptomatique : 100 % (20/20)	
Maladies opportunistes	Oui : 10 % (2/20) Non : 90 % (18/20)	
Traitement actuel	Thérapeutique : 100 % (20/20)	Aucun : 100 % (20/20)
Nombre de semaines séparant l'annonce de la maladie et la participation à la première phase de la recherche	M=3,9 SD=1,04	

TABLEAU 5
Caractéristiques des échantillons de la seconde étude.

Procédure

Les malades qui ont accepté de participer à cette étude lors de la première phase n'étaient informés de leur maladie que depuis 6 semaines maximum. La période d'inclusion des sujets dans l'étude était de trois mois. Les sujets étaient rencontrés à deux reprises : lors de l'inclusion et six mois après. Lors des deux rencontres

REVUE INTERNATIONALE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE 2003 N°1

res, les sujets étaient soumis à la même procédure que dans l'étude 1. A partir des résultats obtenus aux différentes tâches lors de la première et de la seconde phase nous avons calculé cinq scores différentiels (auto-description à partir des traits positifs et des traits négatifs, rappel des traits positifs et des traits négatifs et compliance). Dans tous les cas il s'agissait de faire la différence entre les scores obtenus à six mois et ceux obtenus après l'annonce de la maladie.

Résultats

Tâche autobiographique

Les données sont présentées dans le tableau 6 et ont été traitées par analyse de variance sur la base du plan 2 (groupe de sujets : malades du sida vs témoins) * 2 (type de traits : positif vs négatif) * 2 (phases de l'étude : après l'annonce vs après six mois) avec le type de traits et la phase de l'étude comme facteurs intra-sujet. Les résultats indiquent un effet de la variable groupe ($F(1,38)=82,61, p<.001$) montrant que le score obtenu lors de cette tâche par les sujets VIH ($M=122,5$) est significativement plus élevé que celui obtenu par les sujets du groupe témoin ($M=97,1$). De la même manière les sujets disposent globalement de scores d'auto-description significativement ($F(1,38)=5,22, p<.05$) plus élevés lors de la seconde phase ($M=108,6$) que lors de la première phase ($M=111$). Il apparaît enfin ($F(1,38)=155,9, p<.001$) que les sujets s'auto-évaluent plus fortement à partir des traits positifs ($M=126,5$) qu'à partir des traits négatifs ($M=93$).

TABLEAU 6
Moyennes et écart-types des scores obtenus pour les traits positifs et les traits négatifs avec la tâche d'auto-description par les sujets VIH et témoins lors des deux phases de l'étude.

	Première phase		Deuxième phase (après six mois)	
	Traits positifs	Traits négatifs	Traits positifs	Traits négatifs
Sujets VIH	109,8 (13,81)	134,2 (18,86)	133 (11,28)	113 (17,37)
Sujets Témoins	129,3 (10,08)	61,05 (13,1)	134,1 (13,56)	63,8 (12,16)

L'interaction entre le type de traits et la variable groupe présente un effet significatif ($F(1,38)=177,54, p<.001$). Sa décomposition indique que les sujets VIH s'auto-décrivent significativement ($F(1,38)=10,34, p<.01$) moins avec les traits positifs ($M=121,4$) que ne le font les sujets du groupe témoin ($M=131$). Ils s'auto-

décrivent en revanche significativement ($F(1,38)=190,01, p<.001$) plus négativement que les sujets du groupe témoin ($M=123,6$ versus $M=62,45$). On notera que les sujets VIH s'auto-décrivent de manière équivalente ($F(1,38)<1, ns$) quelle que soit la connotation des traits, ce qui n'est pas le cas des sujets témoins qui s'auto-décrivent plutôt à partir des traits positifs que des traits négatifs ($F(1,38)=333,1, p<.001$).

L'interaction de second ordre entre les trois variables indépendantes est également significative ($F(1,38)=30,94, p<.001$). L'analyse des contrastes indique que lors de la première phase les sujets VIH s'auto-décrivent surtout à partir de traits négatifs ($F(1,38)=25,11, p<.001$), alors que comparativement les sujets témoins s'auto-décrivent plutôt à partir de traits positifs ($F(1,38)=195,96, p<.001$). Lors de cette même phase, les sujets témoins utilisent plus de traits positifs que les sujets VIH pour s'auto-décrire ($F(1,38)=26,13, p<.001$), alors que ces derniers s'auto-décrivent plus négativement que les premiers ($F(1,38)=203,19, p<.001$). L'analyse des contrastes de la deuxième phase (c'est-à-dire six mois après l'annonce de la maladie) montre que les sujets VIH ($F(1,38)=20,35, p<.001$) comme les sujets témoins ($F(1,38)=252,35, p<.001$) s'auto-décrivent significativement plus à partir des traits positifs que des traits négatifs. Enfin, si les sujets VIH et les sujets témoins ne se différencient pas dans les auto-descriptions qu'ils font d'eux-mêmes à partir des traits positifs ($F(1,38)<1, ns$), on notera cependant que les sujets VIH s'auto-décrivent plus négativement que ne le font les sujets témoins ($F(1,38)=107,56, p<.001$).

Enfin, en ce qui concerne la comparaison entre les deux périodes, il apparaît que si les résultats des auto-évaluations faites par les sujets témoins à partir des traits positifs ($F(1,38)<1, ns$) et négatifs ($F(1,38)<1, ns$) sont identiques, on assiste en revanche à une augmentation des auto-évaluations positives ($F(1,38)=56,77, p<.001$) et à une baisse des auto-évaluations négatives ($F(1,38)=47,55, p<.001$) pour les sujets VIH.

Tâche de rappel

Les données ont été traitées par analyse de la variance sur la base du même plan expérimental que précédemment. Globalement, les sujets rappellent significativement plus de traits

($F(1,38)=10,96, p<.01$) lors de la seconde phase ($M=2,8$) que lors de la première phase ($M=3,2$). Le type de traits présente également un effet significatif ($F(1,38)=26,22, p<.001$), montrant que les sujets rappellent plus de traits positifs ($M=3,58$) que de traits négatifs ($M=2,47$).

TABLEAU 7
Moyennes et écart-types obtenus lors de la tâche de rappel pour les traits négatifs et les traits positifs par les sujets VIH et témoins lors des deux phases de l'étude.

	Première phase		Deuxième phase (après six mois)	
	Traits positifs	Traits négatifs	Traits positifs	Traits négatifs
Sujets VIH	2,3 (1,3)	2,9 (1,23)	3,6 (0,81)	2,8 (1,0)
Sujets Témoin	4,1 (1,02)	1,9 (0,71)	4,3 (0,86)	2,2 (0,71)

L'interaction entre le type de traits et la variable groupe présente aussi un effet significatif ($F(1,38)=21,72, p<.001$). Sa décomposition indique que les sujets VIH ($M=2,97$) rappellent significativement ($F(1,38)=20,78, p<.001$) moins de traits positifs ($M=4,2$) que les sujets du groupe témoin ; ces mêmes sujets VIH ($M=2,87$) rappellent également ($F(1,38)=9,5, p<.01$) plus de traits négatifs que les sujets du groupe témoin ($M=2,07$). Il apparaît enfin que les sujets VIH rappellent de manière équivalente les traits positifs et les traits négatifs ($F(1,38)<1, ns$), alors que les sujets témoins rappellent en revanche significativement plus de traits positifs que de traits négatifs ($F(1,38)=47,83, p<.001$).

L'interaction de second ordre entre les trois variables indépendantes est également significative ($F(1,38)=12,46, p<.001$). L'analyse des contrastes réalisée lors de la première phase indique que les sujets VIH rappellent autant de traits positifs que de traits négatifs ($F(1,38)=2,8, p<.09$), alors que les sujets témoins rappellent plus de traits positifs que de traits négatifs ($F(1,38)=39,23, p<.001$). On notera également, que les sujets témoins rappellent plus de traits positifs ($F(1,38)=23,67, p<.001$) et moins de traits négatifs ($F(1,38)=10,81, p<.01$) que les sujets VIH. Lors de la deuxième phase la tendance semble s'inverser pour les sujets VIH ($F(1,38)=7,08, p<.01$) qui comme les sujets témoins ($F(1,38)=41,21, p<.001$) rappellent plus de traits positifs que de traits négatifs. Les sujets témoins rappellent néanmoins plus de traits positifs ($F(1,38)=6,01, p<.01$) et moins de traits négatifs que les sujets VIH ($F(1,38)=3,97, p<.05$).

COMPLIANCE, VIH ET CONCEPT DE SOI

En ce qui concerne la comparaison entre les deux périodes, il apparaît que les performances de rappel des sujets témoins pour les traits positifs ($F(1,38)<1, ns$) et négatifs ($F(1,38)<1, ns$) sont identiques. Pour les sujets VIH on assiste à une augmentation du rappel des traits positifs ($F(1,38)=29,01, p<.001$), alors que le rappel des traits négatifs reste entre les deux phases ($F(1,38)<1, ns$) identique⁷.

Compliance et concept de soi

Comme pour l'étude 1 nous avons mesuré les caractéristiques psychométriques (coefficient α de Cronbach (1951) et validité critériée) de l'échelle de compliance pour les phases 1 et 2 (Cf. Tableau 8).

	M, σ	Alpha de Cronbach	Corrélation avec le nombre de CD4+
Caractéristique de l'échelle phase 1	48 ; 5,9	.84	.25, ns
Caractéristique de l'échelle phase 2	50,3 ; 5,4	.80	.30, ns

TABLEAU 8
Caractéristiques psychométriques de l'échelle de compliance pour les phases 1 et 2

Si les valeurs de l'alpha de Cronbach (1951) obtenues lors des phases 1 et 2 sont moins importantes que celles obtenues lors de la première étude, on peut néanmoins considérer que l'échelle de compliance dispose d'une bonne consistance interne. Les corrélations entre le score de compliance et le nombre de CD4+ est également plus faible. On notera également que les sujets sont significativement plus compliants en phase 2 plutôt qu'en phase 1 ($t(19)=4,39, p<.001$). Enfin, comme pour l'étude 1, il apparaît que les sujets de l'étude 2 sont significativement moins compliants que ceux de l'étude de Tarquinio, Fischer & Grégoire (2000) pour la phase 1 ($t(143)=3,71, p<.001$) et phase 2 ($t(143)=2,23, p<.01$).

Comme pour l'étude 1 nous avons envisagé les interrelations entre les caractéristiques du concept de soi et la mesure de la compliance. Nous avons fait appel à un modèle de régression

7. L'effet de l'interaction de deuxième ordre est dû essentiellement à l'augmentation du rappel des traits négatifs pour les sujets VIH. L'analyse de l'effet d'interaction de premier ordre entre les variables phase de l'étude et type de traits est significative pour les sujets VIH ($F(1,19)=45,1, p<.001$) et ne l'est pas pour les sujets témoins ($F(1,19)<1, ns$).

TABLEAU 9
Modèles de régression
relatifs au score de
compliance lors des
différentes phases.

Variables	Compliance phase 1			Compliance phase 2		
	B	t	p	B	t	p
Constante	-11.23	-0.56	.57	38.95	4.18	.001
Tâche auto-descriptive pour les traits positifs	0.26	2.51	.024	0.062	0.95	.35
Tâche auto-descriptive pour les traits négatifs	0.049	0.59	.56	0.01	0.03	.97
Rappel des traits positifs	4.88	2.62	.019	2.5	3.42	.004
Rappel des traits négatifs	0.15	0.098	.92	-0.33	-0.44	.66
Caractéristiques des modèles	R multiple = .68 ; R2 ajusté = .32 F(4,19) = 3.29, p < .05			R multiple = .78 ; R2 ajusté = .51 F(4,19) = 6.10, p < .01		

Les modèles retenus lors des phases 1 et 2 expliquent respectivement 32% et 51% de la variance. Ils montrent un lien entre l'auto-évaluation à partir de traits positifs, le rappel des traits positifs du concept de soi et le score de compliance. Ainsi, l'auto-évaluation à partir des traits positifs et le rappel de ces mêmes traits sont ici encore significativement reliés à l'augmentation du score de compliance.

Dynamique identitaire et compliance.

Les corrélations (Cf. Tableau 10) entre les quatre différentiels relatifs à l'étude du concept de soi et celui relatif à la compliance indiquent l'existence de corrélations positives entre la compliance et les différentiels se rapportant à l'auto-évaluation et au rappel portant sur les traits positifs.

En d'autres termes une augmentation des auto-descriptions à partir des traits positifs entre les deux phases d'évaluation est associée à une augmentation entre ces deux mêmes phases du score de compliance. La corrélation négative entre le différentiel de compliance et l'auto-description à partir de traits négatifs indique que moins les malades s'auto-évaluent négativement entre les deux phases, plus ils deviennent compliants.

Discussion

L'objectif de cette seconde recherche était d'une part de mettre en évidence le caractère dynamique du concept de soi et d'autre

linéaire dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau 9.

	Différentiel pour le score de compliance	Différentiel pour la tâche d'auto-description (traits positifs)	Différentiel pour la tâche d'auto-description (traits négatifs)	Différentiel pour la tâche de rappel des traits positifs	Différentiel pour la tâche de rappel des traits négatifs
Différentiel pour le score de compliance	1				
Différentiel pour la tâche d'auto-description (traits positifs)	.53, p < .01, n = 20	1			
Différentiel pour la tâche d'auto-description (traits négatifs)	-.46, p < .03, n = 20	-.70, p < .001, n = 20	1		
Différentiel pour la tâche de rappel des traits positifs	.44, p < .04, n = 20	.41, p < .06, n = 20	-.41, p < .06, n = 20	1	
Différentiel pour la tâche de rappel des traits négatifs	.29, ns, n = 20	.26, ns, n = 20	-.04, ns, n = 20	.04, ns, n = 20	1

TABLEAU 10
Matrice des corrélations entre les différentiels.

part de mesurer la relation entre ce facteur et la compliance. En ce qui concerne le premier point : il apparaît comme nous le supposons que les auto-évaluations faites par les sujets au début de leur maladie puis après six mois ne sont pas de même nature. Les résultats indiquent en effet que globalement les sujets s'auto-décrivent plus négativement et moins positivement après l'annonce de la maladie qu'ils ne le font plusieurs mois après. Les performances de rappel des traits suivent la même tendance conduisant les sujets à exprimer une image d'eux-mêmes qui s'améliore avec le temps, même si le nombre de traits négatifs rap-pelés reste identique entre les deux phases. Bien entendu, le fait d'être séropositif ne signifie plus qu'on sera nécessairement malade du sida. Cela reste néanmoins un risque de maladie létale, à plus ou moins long terme, avec un pronostic incertain quant à son déclenchement. À ce titre l'annonce de la séropositivité peut être perçue comme un verdict. Dans la quasi-totalité des cas, il provoque un bouleversement, qui touche en profondeur ce qu'est l'individu ; c'est son identité qui d'une manière ou d'une autre se trouve altérée à travers son concept de soi. Deux

mécanismes peuvent expliquer le processus dynamique dont le concept de soi est le théâtre : 1.) au moment de l'annonce et dans les jours voire les semaines qui vont suivre le sujet se trouve plongé dans un profond désarroi, même si comme nous l'avons déjà évoqué la séropositivité ne signifie plus comme c'était encore récemment le cas la mort. Ce stade présente néanmoins un risque certain puisqu'il implique le patient dans un processus irréversible. Il donne d'emblée à l'infection une teneur dramatique et dévalorisante parce que aux yeux du malade sa vie n'a plus la même valeur; la même utilité pour lui et pour les autres. Le véritable tournant dans l'évolution de certaines pathologies reste le moment où le médecin pense qu'il faut débiter le traitement. Cette phase s'accompagne la plupart du temps de remaniements émotionnels. En effet, le patient passe d'un état où l'attente était silencieuse - ce silence permettant sinon l'oubli de la maladie, du moins la possibilité de la mettre à distance - à la nécessité d'une prise médicamenteuse contraignante, venant comme un rappel à l'ordre, réactiver le traumatisme lié à la maladie et aussi provoquer des effets secondaires. Ainsi, alors que les traitements visent à retarder l'apparition de la maladie, le début du traitement signifie pour beaucoup de patients l'entrée dans la maladie. Il est donc essentiel dans le cadre de la prescription d'avoir à l'esprit cette confusion possible entre traitement et maladie. 2.) ce caractère auto-dévalorisant s'inscrit également dans un processus psychosocial où le VIH reste dans nos sociétés encore associé à une connotation plutôt négative (Comby, Devos & Deschamps, 1993, 1994 ; Kelly & al., 1989 ; Truchot, 1996). Et si l'on accepte l'idée que l'affirmation de l'image de soi se structure et s'organise à partir de la médiation de l'image et du regard d'autrui, l'individu s'attribue alors un jugement de valeur, relatif au jugement qu'autrui porte sur lui et sur sa maladie. Celle-ci doit alors être envisagée comme un objet d'évaluation et de jugement social. Ainsi, avoir un concept de soi plus ou moins positif dépend de la perception que le sujet a des évaluations d'autrui à son égard en lien avec le VIH.

De ce point de vue et comme le montrent de nombreux auteurs (Alonzo & Reynolds, 1995 ; Boshier, 1992 ; Grandall & Coleman, 1992 ; Goldin, 1995 ; Herek, 1990 ; Prishin, 1995 ; Sonntag, 1989 ; Truchot, 1996) la séropositivité peut être vécue comme un stigmate qui certes ne se voit pas, mais qui agit négativement et pour

cette raison son incidence sur la représentation de soi peut être grande, comme le montre l'importance du repli sur soi et de la dévalorisation du soi. On peut dire avec Prishin (1995) que pour les personnes atteintes par le sida il y a deux sources possibles de stigmatisation, primaire et secondaire. Si la première trouve sa source dans la maladie (affaiblissement du corps, crainte de contagion,...), la seconde en revanche provient du fait que non seulement le malade perd ses supports sociaux, mais qu'en plus, il est victime d'une certaine hostilité. Comme le rappelle Truchot (1996) un individu possédant un stigmate est stigmatisable, celui qui peut le cacher est simplement discrédité. En revanche, si le stigmate est connu, l'individu sera discrédité. Et ce discrédit concerne tout autant la façon dont les individus sont vus par les autres que la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes. Pour Goffman (1975), l'individu qui porte un stigmate peut avoir de manière privée, le sentiment d'être comme tout le monde, ce qui ne conduira pas forcément à une auto-dévalorisation particulière (Croker & Major, 1989, 1998). En même temps le malade atteint par le VIH ne peut qu'intérioriser les critères sociaux « qui inévitablement, l'amènent, ne serait-ce que par instants, à admettre qu'en effet il n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être. La honte surgit dès lors au centre des possibilités chez cet individu qui perçoit l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder » (Goffman, 1975).

Mais à plus ou moins long terme la survie des malades requiert des formes d'adaptation qui passent nécessairement par des ajustements identitaires. C'est ce que montrent les résultats obtenus six mois après l'annonce (Lévêque, 2001 ; Tewksbury, 1995).

En ce qui concerne le second point : l'étude du lien entre l'évaluation du concept de soi et celle de la compliance, toutes les analyses montrent que les auto-évaluations positives et le rappel des traits positifs entretiennent un lien positif avec la compliance. Plus les malades ont une perception positive de ce qu'ils sont, plus ils développent une compliance efficace. Cela semble indiquer que les croyances des malades à propos d'eux-mêmes, de leurs valeurs sont susceptibles de générer en retour des comportements à même de préserver la santé. Mais la compliance à la thérapie peut aussi avoir soit un effet positif si la maladie est contenue et contrôlée, soit un effet négatif, en particulier lorsque le malade réagit mal à la trithérapie et qu'apparaissent des effets

secondaires (vomissement, diarrhées, vertiges) voire l'aggravation d'autres pathologies comme l'hépatite C directement causée par certains traitements. La compliance interfère alors avec de nouvelles atteintes qui peuvent avoir pour effet d'exacerber un sentiment plus aigu de sa propre vulnérabilité, ce qui peut donner lieu à des réactions où les malades développent une attention exacerbée et sentent le moindre changement de leur état comme une nouvelle alerte (Fallowfield, Baum & Maguire, 1986). Cette perception du dysfonctionnement et de la vulnérabilité sont autant d'éléments susceptibles d'altérer le concept de soi et en retour de conduire les sujets à ne plus être compliants. Une meilleure compréhension des facteurs psychosociaux associés à la compliance en tant que processus mobilisant les traits positifs du concept de soi sera non seulement de nature à améliorer l'efficacité des traitements, mais montre sa valeur structurante pour l'adaptation à la maladie.

Conclusion

Les résultats obtenus dans cette recherche ont mis en évidence le fait que le concept de soi chez des patients VIH était composé d'un nombre significatif de traits négatifs dans les tâches auto-descriptive et de rappel. Les caractéristiques de ces traits ont été interprétées comme déterminées à la fois par l'expérience de la maladie et par l'évaluation sociale négative dont les patients VIH sont l'objet. Nous avons montré qu'avec le temps et l'expérience de la maladie les personnes compliantes étaient amenées à terme à reconsidérer la perception qu'elles avaient d'elles-mêmes en s'auto-décrivant plus positivement six mois après l'annonce de la maladie. Cette recherche ouvre de nouvelles pistes d'investigation en montrant une relation significative entre le contenu du soi et la compliance, et l'évolution du contenu du soi et l'évolution de la compliance. Les auto-évaluations positives montrent à cet égard non seulement le lien dynamique avec la compliance, mais elles se révèlent également comme un facteur d'efficacité dans le traitement. De tels résultats permettent une réflexion plus globale en matière de traitement de la compliance souvent appréhendée à partir de facteurs interpersonnels ou descriptifs (Tarquinio & Fischer, 2001b).

COMPLIANCE, VIH ET CONCEPT DE SOI

Bibliographie

- Adam, B.D. & Sears, A. (1996). *Experiencing HIV : personal, family and work relationships*. New York : Columbia University Press.
- Alonzo, A.A. & Reynolds, N.R. (1995). Stigma, HIV and AIDS : An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Sciences & Medicine*, 41, 303-315.
- Bartos, M. & McDonald, K (2000). HIV identity, experience or career. *AIDS Care*, 12, 3, 299-306.
- Baumeister, R.F. (1995). Self and identity : an introduction. In A. Tesser (Ed.). *Advanced Social Psychology*. New York : McGraw Hill.
- Baumeister, R.F. & Heatherton, T.F. (1996). Self-regulation failure : An overview. *Psychological Inquiry*, 7, 1-15.
- Bedell, J.R., Giodani, B., Amour, J.L., Tavormina, J. & Boll, T. (1977). Life stress and the psychological ill children. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 237-243.
- Blackwell, B. (1973). Patient Compliance. *The New England Journal of Medicine*, 2, 249-252.
- Blackwell, B. (1992). Compliance. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 58, 3-4, 161-169.
- Blumenfeld, M., Milazzo, J. & Wormser, G.P. (1990). Noncompliance in hospitalised patients with AIDS. *General Hospital Psychiatry*, 12, 166-169.
- Breakwell, G.M. (1986). *Coping with threatened identities*. Chichester: Wiley.
- Bosher, R. (1992). Popular discourse concerning AIDS : Its implications for adults education. *Adult Education Quarterly*, 42, 3, 125-135.
- Buckalew, L.W. & Buckalew, N.M. (1995). Survey of the Nature and Prevalence of Patients Noncompliance and Implications for Intervention. *Psychological Reports*, 76, 315-321.
- Callaghan, P. & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.
- Cantor, N. & Kihlstrom, J.F. (1986). *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Catz, S.L., McClure, J.B., Jones, G.N. & Brantley, P.J. (1999). Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV/AIDS. *Care, 11*, 3, 361-373.
- Chaisson, R.E., Keruly, J.C., McAvinue, S., Gallant, J.E. & Moore, R.D. (1996). Effects of an incentive and education program on return rates for PPD test reading in patients with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 11*, 5, 455-459.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly, 36*, 657-680.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *Sociological Quarterly, 36*, 657-680.
- Chesney, M.A. (1997). Compliance: how you can help. *HivNewlines, 67-72*.
- Chesney, M.A., Ickovics, J., Hecht, F.M., Slikpa, G. & Rabkin, J. (1999). Adherence : a necessity for successful HIV combination therapy. *AIDS, 13*, 271-278.
- Clemmey, P.A. & Nicassio, P.M. (1997). Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine, 20*, 3, 273-290.
- Cohen, S., Gortlieb, B. & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen & L.G. Underwood (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist*. New York : Oxford University Press.
- Contrada, R.J. & Ashmore, R. D. (1999). *Self, social identity and physical health*. New York : Oxford University Press
- Coolley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Schocken Books.
- Cramer, J.A. & Spilker, B. (1991). *Patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*. New York: Raven Press.
- Crandall, S.C. & Coleman, R. (1992). AIDS-Related stigmatization and disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 9*, 163-177.

- Crocker, J. & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review, 96*, 608-630.
- Crocker, J., Major, B. & Steele, C.M. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S.T. Cole, S., Kemeny, M.E. & Taylor, S.E. (1997). Social identity and physical health : accelerated HIV progression in rejection-sensitive gay men. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 320-335.
- Comby, L., Devos, T & Deschamps, J.C. (1993). Représentations sociales du sida et attitudes à l'égard des personnes séropositives. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 17*, 6-33.
- Comby, L., Devos, T & Deschamps, J.C. (1994). Discriminations à l'égard des personnes atteintes du sida. Jugements de personnalité et inférences personnologiques. *Revue Européenne des Sciences Sociales, 32*, 63-86.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika, 16*, 297-334.
- Cyruulik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.
- Cyruulik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- D'Andrea, R.M. (1996). Reconstruction of self in women with human immunodeficiency virus. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 57*, 6B, 4024.
- Damon, W. & Hart, D. (1982). The development of self understanding from infancy through adolescence. *Child Development, 53*, 841-864.
- Dunbar, J. (1990). Predictors of patient adherence :patient characteristics. In S.A. Shumaker (Ed.). *The handbook of health behaviour change*. New-York : Springer PubCo
- Fallowfield, L.J., Baum, M., Maguire, G.P. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal, 293*, 1331-1334.
- Fazio, R.H., Effrein, E.A. & Falender, VJ. (1981). Self-perceptions following social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 232-242.

- Fischer, G.N. (1994). *Le ressort invisible: vivre l'extrême*. Paris: Seuil.
- Frick, P.A., Gal, P., Lane, T. & Sewell, P.C., (1998). Antiretroviral medication compliance in patients with AIDS. *AIDS Patients Care and STDs*, 12, 6, 463-470.
- Friedman, P.A. (1994). Coping with HIV/AIDS: Self-esteem as a mediator of coping choice in the context of catastrophic illness. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 57, 10B, 5424.
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté*. Paris: Minuit.
- Goldin, C.S. (1994). Stigmatization and AIDS: Critical issues in public health. *Social Sciences and Medicines*, 39, 1359-1366.
- Greenberg, J. & Pyzynski, T. & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R.F. Baumeister (Ed.). *Public self and private self*. New-York: Springer-Verlag.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. In R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Herek, G.M. (1990). Illness, stigma and AIDS. P. Costa & G.R. VandenBos (Eds.). *Psychological aspects of serious illness*. Washington DC: American Psychological Association
- Hurdle, D.E. (2001). Social support: A critical factor in women's health and health promotion. *Health and Social Work*, 26, 2, 72-79.
- Ickovics, J.R. & Meisler, A.W. (1997). Adherence in AIDS clinical trials: A framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 385-391.
- Jannison, R.N., Lewis, S. & Burish, T.G. (1986). Psychological impact of cancer on adolescents : self-image, locus of control, perception of illness and knowledge of cancer. *Journal of Chronic Disease*, 39, 8, 609-617.
- Jones, E.E., Rhodewalt, F. Berglas, S. & Skelton, J.A. (1981). Effects of strategic self presentation on subsequent self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 26-37.
- Kellerman, J.P., Zeltzer, L.M., Ellenberg, L.P. Dasch, J.P. & Rigler, D.P. (1980). Psychological effects of illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *The Journal of Pediatrics*, 97, 1, 126-131.

- Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S., Hood, H.V. & Brasfield, T.L. (1989). An objective test of AIDS risk behavior knowledge: Scale development, validation, and norms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 227-234.
- Knecht, M.C., Keinänen-Kiukkaaniemi, S.M., Knutuilla, M.L.E. & Syrjälä, A.-M. H. (2001). Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *Journal of Clinical Periodontology*, 28, 2, 175-180.
- Kneip, P. (1995). *Vivre avec une personne atteinte par le virus du sida. De la séropositivité au sida déclaré*. Paris : Editions Josette Lyon.
- Krasnegor, N.A., Epstein, L., Johnson, S.B. & Yaffe, S.J. (1993). *Developmental aspects of health compliance behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lazzarini, L., Lanzafame, M., Trewenzoli, M., Vento, S. & Concia, E. (1999). Adherence to HAART in HIV. *The Lancet*, 353, 6, 841-842.
- Lévéque, G. (2001) *Vivre avec le VIH. Face à la séropositivité ou au sida : estime de soi, stress et stratégies de coping*. Doctorat Nouveau Régime. Université de Toulouse-Le Mirail.
- Markus, H.R. & Kunda, Z. (1986). Stability and malleability of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 858-866.
- Markus, H. R. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H.R. & Senits (1982). The self in social information processing. In J. Suls (Ed.) *Psychological perspectives on the self*. Vol.1. Hillsdale NJ : Erlbaum.
- Markus, H.R. & Smith, J. (1981). The influence of self-schemata on the perception of others. In N. Cantor & J. Kihlstrom (Eds.), *Personality, cognition and social interaction*. Hillsdale : NJ Erlbaum.
- Markus, H.R. & Wurf, E. (1987). The dynamic self concept: a social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 42, 38-50.
- Markus, H. R., Smith, J. & Moreland, R. (1985). Role of the self-concept in the perception of others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1494-1512.
- McGuire, W.J. & McGuire, C.V. (1988). Content and process in the experience of self. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol.20). New York : American Press.

- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago : University of Chicago Press.
- Muma, R.D., Ross, M.W., Parcel, G.S. & Pollard, R.B. (1995). Zidovudine adherence among individuals with HIV infection. *AIDS Care*, 7, 4, 439-447.
- Myers, L.B. & Midence, K. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam : Harwood Academic Publishers.
- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pinder, R. (1988). Striking balances: Living with Parkinson's disease. In R. Anderson & M. Bury (Eds.), *Living with chronic illness*. London : Unwin Hyman.
- Prislin, R. (1995). Attitudes toward AIDS-Related issues: Some personal and sociodemographic determinants. *Basic and Applied Social Psychology*, 16, 173-190.
- Reif, I. (1975). Ulcerative colitis: Strategy for managing life. In A. L. Strauss (Ed.). *Chronic illness and the quality of life*. St Louis: Mosby.
- Reuchlin, M. (1990). *Les différences individuelles dans le développement conatif de l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rhodewalt, F. & Agustsdottir, S. (1986). Effects of self-presentation on the phenomenal self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 47-55.
- Roth, N.I. & Nelson, M.S. (1997). HIV diagnosis ritual and identity narratives. *AIDS Care*, 9, 2, 161-179.
- Shapiro, S., Angus, L. & Davis, C. (1997). Identity and meaning in the experience of cancer: Three narrative themes. *Journal of Health Psychology*, 2, 539-544.
- Shauger, J.S. & Schohn, M. (1979). Symbolic interactionist view of self-concept: Through the looking glass darkly. *Psychological Bulletin*, 86, 549-573.
- Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Hong Nguyen, M. & Yu, V.L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus : prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 8, 3, 261-269.
- Sordes-Ader, F. (1998). L'estime de soi des adolescents atteints du cancer. In

- Sontag, S. (1989). *AIDS and its metaphors*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Stein, R. & Jessop, D. (1982). A non categorical approach to chronic childhood illness. *Public Health Report*, 97, 354-362.
- Swann, W.B, Jr (1985). The self as architect of social reality. In B. Schlenker (Ed.). *The self and social life*. New York : McGraw-Hill.
- Tap, P. (2001) *Crise, transition et adaptation dans la dynamique familiale*. Conférence au VIII^e Congrès International de l'AIFFRE, Québec.
- Tap, P., Tarquinio, C. & Sordes-Ader, F. (2001). Santé, maladie et identité. In G.N. Fischer (Ed.). *Manuel de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Tarquinio, C. & Fischer, G.N. (2001). Dimensions conceptuelles et facteurs psychosociaux de la compliance. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 49, 15-33.
- Tarquinio, C. & Fischer, G.N. (2001). Therapeutic compliance methodologies in HIV-Infection treatment: A comparative study. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 3, 136-160.
- Tarquinio, C. Costantini, M.L. & Fischer, G.N. (2001). Soutien social et prise en charge psychologique des malades In G.N. Fischer (Ed.). *Manuel de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Tarquinio, C., Fischer, G.N. & Grégoire, A. (2000). La compliance chez des patients atteints par le VIH : Validation d'une échelle Française et mesure de variables psychosociales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 61-91.
- Tarquinio, C., Fischer, G.N. Gauchet, A. & Perrannaud, J. (2001). The Self-Schema and Addictive Behaviors: Studies on Alcoholic Patients. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 2, 73-81.
- Tarquinio, C. & Somat, A. (2001). School result, school self-esteem and clearighted with regard to internality. *European Journal of Psychology of Education*, XVI, 1, 117-129.
- Tewksbury, R. (1994). Speaking of someone with AIDS : Identity constructions of persons with HIV disease. *Deviant Behavior*, 15, 4, 337-355.
- Tewksbury, R. & McGaughey, D. (1998). Identities and identity transformations among persons with HIV disease. *Journal of Gay, Lesbian & Bisexual Identity*, 3, 3, 213-232.

Self-competence, source credibility and social influence on a social representation

Compétence de la cible, crédibilité de la source et influence sur une représentation sociale

Alexander Tomei*
Gabriel Mugny***

Truchot, D. (1996). *Face au sida: représentation et attitudes faces aux personnes séropositives et sidéennes*. Rapport de recherche pour la CRAM de Bourgogne et Franche-Comté et l'Agence Française de Lutte contre le Sida.

Vinay, A., Esparbès-Pistre, S. & Tap, P. (2000) Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 4, 1, 9-35

Visintini, R., Bagnato, M., Campanini, E. & Fontana, S., (1995) An assessment of self-esteem in HIV-positive patients. *AIDS Care*, 7, 1, 99-104.

Wagner, G.J. & Rabkin, J.G. (2000). Measuring medication adherence: are missed doses reported more accurately than perfect adherence? *AIDS Care*, 12, 4, 405-408.

White, D.A. (2000). Turning points in identity : Becoming a survivor of HIV infection. Dissertation Abstracts International Section A : *Humanities & Social Sciences*, 60, 8A, 31-55.

Wiener, C. L. (1975). The burden of rheumatoid arthritis. In A. L. Strauss (Ed.). *Chronic illness and the quality of life*. St Louis: Mosby.

Zani, B., Di Palma, A. & Vullo, C. (1995). Psychosocial aspects of chronic illness in adolescents with thalassaemia major. *Journal of adolescence*, 18, 387-402.

Abstract

Participants (N = 98) were presented with information from a source (high vs. low credibility) contradicting their representations of the ideal friendship group following manipulation of their own competence (excellent vs. poor). A non-threatening (i.e., independent) form of social comparison was constant across conditions. Results show that two opposing dynamics stem from own competence: High attributed self-competence induces individuals to invalidate the low credibility source and thus to resist the pressure to change, while low attributed self-competence gives rise to a conflict of incompetencies and induces individuals to change their representations of the ideal friendship group.

Résumé

Les sujets (N = 98) ont reçu un feed-back de compétence excellent ou médiocre, avant d'être confrontés à une information contredisant leur représentation du groupe d'amis idéal provenant d'une source de haute ou basse crédibilité, la comparaison sociale étant maintenue constante dans une modalité non menaçante (indépendance des jugements). Les résultats montrent que la perception des compétences propres donne lieu à deux dynamiques opposées: l'attribution d'une auto-compétence élevée induit les individus à dénier la source de basse crédibilité et à résister au changement, alors que celle d'une auto-compétence réduite conduit à l'élaboration d'un conflit d'incompétences et au changement de leur représentation du groupe d'amis idéal.

Mots-clés
Représentations sociales, influence sociale, auto-compétence, crédibilité de la source, groupe d'amis idéal

Key-words
Social representations, social influence, self-competence, source credibility, ideal friendship group

*University of Geneva, Switzerland

**Educational Research Service, Geneva, Switzerland

**University of Geneva, Switzerland

The present study was supported by the Swiss National Found for Scientific Research. We would like to thank Prof. Juan Antonio Pérez, University of Valencia, for his help in data collection. Correspondence to: Alexander Tomei, Université de Genève, FPSE, Bd. du Pont d'Arve 40, 1205 Genève, Suisse. E-mail : alexander.tomei@pse.unige.ch