

Le diagnostic comme attribution causale claire pour augmenter le bien-être

VALÉRIE COURCHESNE
Université de Montréal

Recevoir un diagnostic de maladie mentale est un événement que vivront 20 % des Canadiens. Pourtant, peu d'études explorent l'impact d'un tel événement sur le bien-être. Deux visions s'opposent concernant les conséquences de l'établissement d'un diagnostic. Certains considèrent que le diagnostic peut mener à la stigmatisation et à la discrimination sociale du sujet, alors que d'autres croient qu'il peut au contraire procurer un soulagement. Le modèle théorique présenté dans l'article tente d'expliquer sous quelles conditions cette deuxième vision peut émerger. Il sera proposé que le diagnostic, fournissant de l'information claire concernant la condition et les symptômes de la personne, peut contribuer à augmenter la clarté de l'identité personnelle et le sentiment de contrôle de la personne touchée, ce qui lui permet ensuite de vivre plus de bien-être. À la suite de l'explication du modèle, ses implications en ce qui concerne les interventions en psychologie ainsi que dans d'autres domaines seront discutées.

Mots-clés : diagnostic, bien-être, sentiment de contrôle, identité personnelle, clarté des attributions

Twenty percent of Canadians will receive a diagnosis of mental illness in the course of their life. However, few studies consider the impact of such a diagnosis on well-being. Some consider that diagnosing a mental illness means stigmatizing the person, which can lead to social discrimination, while others believe that it can be a relief. The theoretical model presented here attempts to explain the context in which this second view is possible. It is argued that because the diagnosis may represent a clear cause of the person's condition and symptoms, it may increase the clarity of personal identity and the individual's perceptions of control, which may then increase well-being. Following the explanation of the model, its implications for clinical interventions and other domains are discussed.

Keywords: diagnosis, well-being, perceived control, personal identity, attribution clarity

Au Canada, selon de récentes estimations, plus de 20 % de la population recevra un diagnostic de maladie mentale au cours de sa vie (Agence de la santé publique du Canada, 2002). Cela signifie qu'une personne sur cinq sera touchée directement par cette réalité. Ainsi, la majorité de la population canadienne sera indirectement touchée puisque la plupart des

individus connaissent une personne (membre de la famille, ami ou collègue) qui recevra un diagnostic. D'ailleurs, c'est vers l'obtention d'un diagnostic, c'est-à-dire l'identification d'une maladie par ses symptômes (Robert, 1987), qu'est orientée toute investigation médicale (Danion-Grilliat, 2006). C'est aussi grâce au diagnostic qu'il est possible d'orienter le traitement et les interventions psychologiques et psychiatriques. Cela fait du diagnostic un acte primordial dans le monde de la médecine et de la psychologie. Cet acte touche également un très grand nombre de personnes dans la population en général. Que ce soit pour les patients et leur famille ou encore pour les praticiens et autres travailleurs de la santé, le diagnostic a une répercussion importante sur la vie des personnes touchées.

Deux visions s'opposent quant à l'impact du diagnostic dans le domaine de la santé mentale. La

Je tiens premièrement à remercier tous les réviseurs et éditeurs qui, grâce à leurs commentaires constructifs, m'ont permis de grandement améliorer mon article. Je souhaite aussi remercier Anne Gendreau, Esther Osborne et Roxane de la Sablonnière pour leur contribution tout au long du processus. Je tiens également à adresser un merci particulier à Chloé Paquin-Hodge pour son soutien inconditionnel et ses nombreux commentaires depuis le début de l'élaboration de cet article. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Valérie Courchesne (courriel : valerie.courchesne@umontreal.ca).

première associe le diagnostic à des répercussions négatives telles que la stigmatisation (Corrigan, 2007; Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2009), c'est-à-dire des paroles ou des actes qui transforment le diagnostic de la personne en une marque négative, une étiquette (Blouin & Bergeron, 1997). Par exemple, pour un individu qui reçoit un diagnostic de Gilles de la Tourette, cette étiquette peut non seulement lui nuire dans sa recherche d'emploi, de logement ou dans ses relations avec les autres, mais elle peut également entraîner plusieurs problèmes au niveau de son identité personnelle (Dinos et al., 2004; Poulin & Levesque, 1995). D'ailleurs, le stigma associé au diagnostic obtenu a des répercussions négatives allant même jusqu'à nuire à la guérison (Markowitz, 1998; Sirey et al., 2001). Sirey et ses collaborateurs (2001) ont par exemple montré qu'il y avait un lien négatif entre le stigma perçu et l'adhésion au traitement de même qu'entre le stigma perçu et la sévérité des symptômes de maladie mentale. Ainsi, la personne recevant un diagnostic devra désormais apprendre à vivre avec le diagnostic ainsi qu'avec les problèmes qui y sont associés et modifier son identité personnelle pour qu'elle inclue ce dernier. De plus, l'annonce du diagnostic constitue souvent un moment redouté non seulement par le patient, mais également par le clinicien qui doit l'annoncer (Danion-Grilliat, 2006). En effet, pour le clinicien, annoncer le diagnostic est très délicat; il faut arriver à dire la vérité sans blesser le patient et il faut ensuite s'adapter à sa réaction (Danion-Grilliat, 2006). Ainsi, étant donné que le diagnostic représente un moment pénible et qu'il peut entraîner une stigmatisation ayant des répercussions importantes, selon cette école de pensée, il est préférable d'éviter de poser un diagnostic à moins que cela ne soit absolument nécessaire.

La deuxième vision est celle selon laquelle l'obtention d'un diagnostic représente un soulagement pour la personne touchée. En effet, il semble qu'une proportion importante d'individus vit l'annonce d'un diagnostic de maladie mentale plutôt positivement (Dinos et al., 2004). Pour ces gens, le diagnostic permet enfin d'expliquer leurs symptômes et de prendre des mesures pour améliorer leur situation (Dinos et al., 2004). Les tenants de cette vision soutiennent que le diagnostic permet de nombreuses améliorations par rapport à la situation pré-diagnostic. Entre autres, il ouvre la porte à toute une communauté (p. ex., groupes de soutien, blogues, forums) qui peut

être très rassurante et bénéfique pour la personne (Danion-Grilliat, 2006). Le diagnostic permet également l'accès à des services tels que l'aide scolaire, l'aide au logement ou encore l'aide à l'emploi, ce qui contribue à améliorer la condition de la personne (Mottron, 2004).

Malgré le fait que les deux visions soient défendues dans la littérature, la divulgation du diagnostic n'est pas un choix. Selon les lois qui régissent la profession, il est du devoir du psychiatre d'informer son client du diagnostic auquel il est parvenu (Danion-Grilliat, 2006). Ainsi, la question à se poser n'est pas si l'on doit ou non poser un diagnostic, mais plutôt pourquoi certaines personnes verront leur bien-être augmenter à la suite de l'obtention du diagnostic alors que d'autres, qui recevront le même diagnostic, le verront diminuer. Il faut donc chercher à déterminer les variables qui font en sorte que le diagnostic représente un soulagement plutôt qu'une épreuve insurmontable.

Le présent article propose un modèle théorique expliquant pourquoi, et dans quelles conditions, une vision positive du diagnostic peut émerger. Nous proposons dans ce modèle que lorsqu'un individu perçoit le diagnostic comme une explication de ses symptômes, cela lui permet de mieux se comprendre et de se sentir plus en contrôle de sa vie, ce qui a pour effet d'augmenter son bien-être. Afin de bien illustrer en quoi ces conditions permettent au diagnostic d'être vécu positivement, il sera d'abord question de la théorie des attributions causales de Heider (1944), puis plus spécifiquement de la théorie de la clarté des attributions causales de Pinard Saint-Pierre et de la Sablonnière (2011). Par la suite, nous nous pencherons sur les variables découlant de la clarté de l'attribution causale, soit le sentiment de contrôle et l'identité personnelle. Suivra ensuite l'explication du modèle proposé, de même que ses implications théoriques et appliquées. Finalement, quelques pistes d'études futures seront proposées.

La théorie des attributions causales

La première théorie sur laquelle s'appuie le modèle proposé est celle de Heider (1944) portant sur les attributions causales. Les attributions causales représentent un processus cognitif par lequel les gens tentent d'expliquer les événements de leur vie en recherchant les causes possibles de ces derniers (Kelley, 1973). Ce concept est très utilisé en

psychologie sociale et plusieurs auteurs ont étudié les attributions causales et en ont exploré les implications. Par exemple, Weiner (1985) a lié les attributions causales à la motivation et aux émotions. En effet, attribuer la cause d'un échec scolaire à une cause stable (p. ex., le manque de capacités intellectuelles) peut susciter des émotions telles que la colère ou le découragement, ce qui influencera négativement la motivation lors d'un prochain examen. D'ailleurs, d'autres auteurs ont aussi démontré que certaines attributions causales sont reliées à la dépression (Seligman, Abramson, Semmel, & von Baeyer, 1979; Zuroff, 1981). Ainsi, les causes que l'on attribue aux événements peuvent avoir une influence importante (positive ou négative selon la situation) sur les événements ultérieurs. Les travaux portant sur la théorie des attributions causales ont donc contribué à comprendre comment les causes attribuées aux événements influencent la vie des gens et, plus particulièrement, leur bien-être (Zuroff, 1981). C'est d'ailleurs sur ce lien entre les attributions causales et le bien-être que repose le modèle proposé ici.

La théorie de la clarté des attributions causales

La deuxième théorie à considérer est celle de la clarté des attributions, c'est-à-dire à quel point la cause d'un événement est claire pour une personne ou une communauté. Ce terme a été proposé par Pinard Saint-Pierre et de la Sablonnière (2011), mais on peut retrouver chez certains auteurs les bases de ce concept. Ainsi, Weary et Edwards (1994) ont introduit la notion d'*incertitude* causale, c'est-à-dire le fait d'être incertain de la cause d'un événement. Ils ont par la suite démontré que cette incertitude causale est liée aux symptômes dépressifs (Edwards & Weary, 1998). Ainsi, le fait de ne pas disposer d'une cause certaine pour expliquer un événement est lié à un bien-être moindre. D'un autre côté, Crocker, Voelkl, Testa, et Major (1991) et Major, Kaiser, et McCoy (2003) ont envisagé l'impact que peut avoir l'incertitude des attributions sur le bien-être d'un angle différent. Ils ont démontré que lorsqu'une personne interprète un commentaire négatif à son endroit comme un préjugé (le préjugé étant ici une cause certaine au commentaire négatif), l'estime de soi se trouve protégée de l'effet négatif de ce commentaire. La notion de certitude des attributions causales a donc été liée au bien-être, mais le processus qui permet l'émergence d'un tel lien demeure incertain.

C'est cette lacune que Pinard Saint-Pierre et de la Sablonnière (2011) tentent de combler. Ils ont démontré empiriquement que le fait qu'une collectivité ne dispose que d'une cause vague, ou même d'aucune cause, pour expliquer une situation ou un événement, est lié à une faible clarté de l'identité collective. Conséquemment, cette identité collective floue est liée à un bien-être collectif moindre. Par exemple, de la Sablonnière, Taylor, Pinard Saint-Pierre et Annahatak (2011) ont démontré que les Inuits du Nord du Canada ne connaissent pas très bien les raisons historiques (la colonisation par les blancs entre autres) qui ont fait en sorte qu'ils sont aujourd'hui aux prises avec de nombreux problèmes sociaux tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, de faibles niveaux d'éducation et un taux de suicide élevé. Puis, ils ont montré que le fait de ne pas connaître les causes de leurs problèmes était lié à un bien-être collectif moindre. Il y a donc un lien entre la clarté de la cause d'une situation sociale et le bien-être collectif et ce lien s'explique par la clarté de l'identité collective qui agit comme médiateur. Dans le présent modèle, cette idée sera reprise, mais au niveau personnel, aspect qui n'a pas été abordé dans les études mentionnées (de la Sablonnière et al., 2011; Pinard Saint-Pierre & de la Sablonnière, 2011).

Lien entre le sentiment de contrôle et la clarté des attributions causales

En plus d'être liée au bien-être (Crocker et al., 1991; de la Sablonnière et al., 2011; Edwards & Weary, 1998; Major et al., 2003; Pinard Saint-Pierre & de la Sablonnière, 2011; Weary & Edwards, 1994), il a été démontré que la clarté des attributions causales est liée au sentiment de contrôle (Edwards & Weary, 1998). En effet, il existe une corrélation positive entre la clarté des attributions et le sentiment de contrôle, de même qu'entre le sentiment de contrôle et le bien-être (Edwards & Weary, 1998). Autrement dit, lorsqu'une personne ne peut expliquer clairement la cause d'un événement, elle ne se sent pas en contrôle de la situation, ce qui est lié à un bien-être moindre.

D'ailleurs, plusieurs auteurs ont relié positivement le sentiment de contrôle au bien-être (Alloy & Clements, 1992; Lachman & Weaver, 1998; Tetrick & Larocco, 1987). Ainsi, le fait de donner à une personne une illusion de contrôle, c'est-à-dire lui donner une impression de contrôle alors qu'elle n'en a pas (Lachman & Weaver, 1998), ou de lui donner un

contrôle réel (Alloy & Clements, 1992; Tetrick & Larocco, 1987) permet d'augmenter son bien-être.

L'identité personnelle

Concernant l'identité personnelle, un premier lien mis en évidence par Baumgardner (1990) et Campbell (1990) est digne de mention. Il s'agit du lien entre la clarté de l'identité et le bien-être. En effet, ces auteurs ont démontré que plus l'identité d'un individu, c'est-à-dire les caractéristiques et les traits qui font qu'une personne est unique (Deaux, Reid, Mizrahi, & Ethier, 1995), est claire, plus cette personne vivra de bien-être. Le lien positif entre ces deux variables sera réutilisé dans le présent modèle, d'où l'importance de démontrer qu'il a été vérifié empiriquement.

Un deuxième lien à mentionner est celui entre le diagnostic d'une maladie mentale et l'identité personnelle. En effet, il est nécessaire de mentionner que le diagnostic a, en soi, une influence sur l'identité de la personne touchée. Dans le cas de la maladie mentale, le diagnostic touche généralement plus directement l'identité de la personne que dans le cas d'un diagnostic en médecine générale puisque la maladie concerne sa pensée, ses comportements ou ses émotions (Danion-Grilliat, 2006). Un diagnostic en psychiatrie désigne ainsi la personne dans son ensemble. La personne touchée doit donc redéfinir son identité personnelle en fonction de cette nouvelle information (Danion-Grilliat, 2006). C'est pour ces deux raisons qu'il est considéré ici que la clarté de l'identité personnelle joue un rôle primordial dans la relation entre le diagnostic et le bien-être.

Diagnostic et bien-être

Le modèle proposé porte sur le diagnostic et le bien-être. Bien que le nombre d'études portant directement sur ce sujet soit limité, une étude appuie la vision adoptée dans le présent modèle. En effet, Looper et Kirmayer (2004) ont démontré que les gens qui reçoivent un diagnostic dont le statut médical est ambigu (peu connu, rare, controversé) perçoivent plus de stigmatisation associée à leur diagnostic et leur bien-être en est négativement affecté. Par exemple, quelqu'un qui reçoit un diagnostic de mastoïdite aiguë tuberculeuse, un diagnostic très rare (Mustafa, Wioroski, Schultz, & Debry, 2004), percevra plus de stigmatisation et vivra moins de bien-être que quelqu'un qui a reçu un diagnostic de pneumonie.

Cette étude semble donc démontrer que moins la cause des symptômes est claire pour l'individu, plus il lui sera difficile de gérer la situation et moins il vivra de bien-être. Ainsi, il est proposé que pour expliquer comment le diagnostic peut être un événement positif, l'étude du rôle de la clarté des attributions constitue une avenue prometteuse.

Modèle théorique

Le modèle théorique proposé cherche à expliquer comment l'obtention d'un diagnostic peut s'avérer être un événement positif. En bref, il est proposé que le diagnostic permet d'expliquer clairement la cause des symptômes d'une personne. En ce sens, il devient une attribution causale claire aux symptômes puisqu'il permet de les expliquer et de leur donner un sens. Une telle clarification de la cause des symptômes entraînera une clarification de l'identité personnelle de même qu'une augmentation du sentiment de contrôle, ce qui mènera à une augmentation du bien-être.

Afin de bien saisir chaque étape impliquée, celles-ci seront décrites plus en détail. Pour ce faire, nous prendrons l'exemple d'Alexandre, 17 ans, atteint d'un syndrome de Gilles de la Tourette non diagnostiqué. Alexandre a de nombreux tics nerveux (raclements de gorge, clignements des yeux) et il est anxieux et très impulsif, ce qui le rend agressif. Il a de la difficulté à se faire des amis et à les garder car ses pairs ont peur de lui et le trouvent bizarre. Ses parents décident finalement de l'amener consulter un professionnel et c'est à partir de là que s'applique le modèle proposé (figure 1).

La première étape du modèle se situe au moment où la personne reçoit le diagnostic. Avant cette étape, elle sait que ce qui lui arrive n'est pas normal, mais elle ne peut expliquer sa condition de façon claire et rationnelle (Dinos et al., 2004). Elle n'arrive donc pas à inclure ses symptômes dans son identité; pour elle, ils n'ont aucun sens. Ce manque de clarté de son identité fait en sorte qu'elle ressent peu de bien-être (Campbell, 1990). Lorsque cette personne obtient un diagnostic, elle peut enfin comprendre les raisons pour lesquelles elle a tel ou tel symptôme (Dinos et al., 2004). Bien entendu, il peut y avoir une période de choc de durée et d'intensité variables selon la personne et selon la nature et la gravité du diagnostic reçu. Le modèle proposé soutient qu'après cette période de choc, le diagnostic peut devenir un événement positif pour la

personne, car il joue le rôle d'attribution causale claire pour expliquer sa condition (ses symptômes). Il est important de mentionner ici que c'est la cause des symptômes qui est éclaircie par l'obtention du diagnostic et non la cause de l'apparition de la maladie chez l'individu. En effet, le diagnostic permet de regrouper les symptômes en un tout cohérent et c'est ce qui, dans le modèle, permet d'augmenter le bien-être, même si cela n'explique pas pourquoi la maladie est apparue. À cette étape, Alexandre est informé qu'il est atteint d'un syndrome de Gilles de la Tourette et que c'est pour cela qu'il a des tics, qu'il est impulsif et qu'il est anxieux. Il comprend enfin clairement ce qui le rend différent des autres et réalise que ses comportements inappropriés sont dus à la maladie. En effet, lors de l'annonce du diagnostic, le psychiatre lui explique sa condition de même que les implications et les symptômes qui l'accompagnent. Cela a pour effet de normaliser ses comportements puisqu'il n'est pas le seul à être atteint de ce syndrome.

La deuxième étape se fait en deux volets. Le premier volet porte sur la clarté de l'identité personnelle. Dans le présent modèle, la clarté de l'identité personnelle est prédite par la clarté de l'attribution causale, comme cela avait été démontré au niveau collectif (de la Sablonnière et al., 2011). Ainsi, il est proposé que lorsque la personne comprend la cause de sa différence et des nombreux problèmes personnels qu'elle a rencontrés, elle peut se construire une identité personnelle claire qui va inclure sa

condition. Ainsi, lors de cette étape, Alexandre pourrait réinterpréter les événements de sa vie en tenant compte de cette nouvelle information. Par exemple, il comprendrait que certains de ses comportements, qui le culpabilisaient, s'expliquent par son syndrome. Ce sont ces réflexions qui lui permettraient de se comprendre lui-même et ainsi, de clarifier son identité personnelle puisqu'il pourrait dès lors intégrer son syndrome dans son identité. Ainsi, le diagnostic, qui, selon le présent modèle, joue le rôle d'attribution causale claire, permettrait l'augmentation de la clarté de l'identité personnelle.

Le second volet de la deuxième étape porte sur le sentiment de contrôle. Celui-ci est augmenté à la suite du diagnostic puisque la personne peut maintenant agir sur ses symptômes : prendre des médicaments, suivre une thérapie, parler de sa condition avec d'autres sur des forums ou s'inscrire dans un groupe de soutien. Toutes ces actions lui étaient impossibles avant l'obtention du diagnostic. Ces possibilités d'agir procurent à l'individu une sensation de contrôle sur sa vie (Dinos et al., 2004). Pour Alexandre, il s'agit du moment où il peut décider de prendre des médicaments qui réduisent beaucoup ses tics, qui l'aident à maîtriser son impulsivité et qui lui permettent d'être moins anxieux. Il peut également décider de consulter un psychologue afin de partager ce qu'il vit, de se sentir moins seul et mieux compris. Ces différentes façons d'agir sur ses symptômes lui donnent une sensation de contrôle sur sa vie et sur son syndrome.

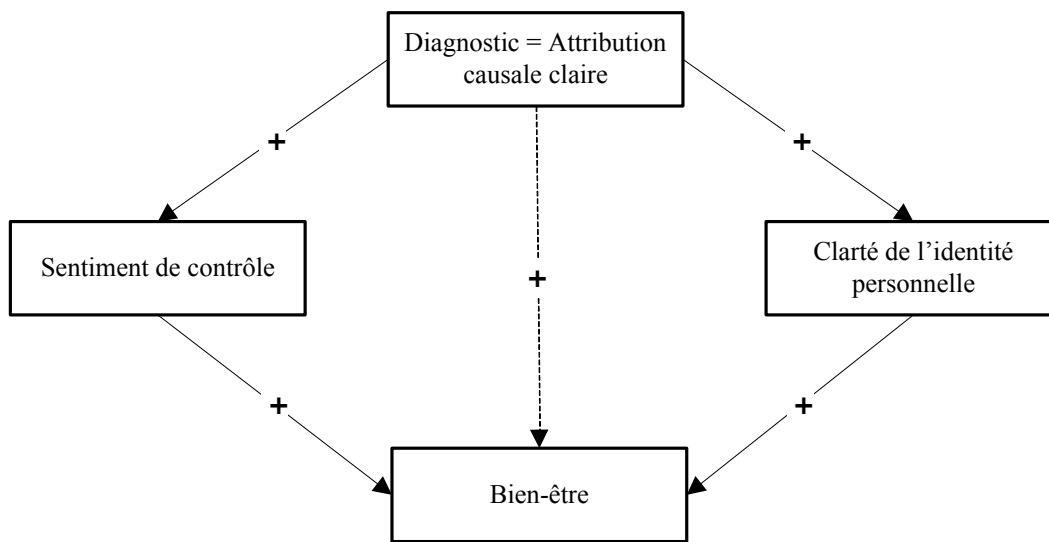


Figure 1. Modèle théorique : le diagnostic comme attribution causale claire pour augmenter le bien-être.

La troisième et dernière étape du modèle concerne l'impact sur le bien-être. Cette dernière variable est reliée positivement à la clarté de l'identité personnelle (Baumgardner, 1990; Campbell, 1990) et au sentiment de contrôle (Weiner, 1985). À ce moment, la personne est capable de comprendre clairement ce qui la distingue et il devient donc possible pour elle de mieux vivre avec cette condition. À cette étape, Alexandre comprend pourquoi il est différent et constate que les médicaments l'aident beaucoup, même s'ils ne peuvent faire disparaître totalement ses symptômes. Il comprend de mieux en mieux sa différence et l'intègre dans son identité personnelle. Cette dernière devient par conséquent de plus en plus claire, ce qui améliore grandement son bien-être.

En somme, il est proposé que la clarté de l'identité personnelle et le sentiment de contrôle jouent le rôle de médiateurs dans la relation unissant le diagnostic (l'attribution causale claire) et le bien-être. Ainsi, si la personne n'arrive pas à augmenter la clarté de son identité personnelle et son sentiment de contrôle, le diagnostic ne permettra pas d'augmenter le bien-être. Il faut donc non seulement que la personne obtienne un diagnostic, mais également qu'elle parvienne à clarifier son identité personnelle et à augmenter son sentiment de contrôle grâce à ce dernier.

Contributions théoriques et appliquées

L'apport central de ce modèle est le lien positif postulé entre la clarté de l'attribution que représente le diagnostic et le bien-être puisqu'il va à l'encontre de la vision négative du diagnostic évoquée auparavant (Kring et al., 2009). En effet, s'il existe des conditions dans lesquelles le diagnostic augmente le bien-être, il est important de les connaître et de les comprendre afin de maximiser les chances que les gens vivent l'annonce d'un diagnostic de façon positive.

Le fait d'encourager les cliniciens à reproduire les conditions nécessaires pour que le diagnostic soit vécu positivement par le patient constitue d'ailleurs une contribution plus appliquée du modèle. En effet, les cliniciens pourraient être encouragés à expliquer de manière claire et exhaustive le diagnostic afin d'influencer les variables qui permettent que ce dernier ait une influence positive. Par exemple, lorsque le clinicien annonce un diagnostic, il devrait mettre l'accent sur la clarification de la condition de la personne et sur la manière dont ce diagnostic explique

les symptômes dont souffre la personne. Il pourrait ainsi expliquer à quelqu'un qui vit un épisode dépressif majeur que ce diagnostic explique pour quelle raison il se sent fatigué, sans énergie et triste. Cela augmenterait les chances que le patient perçoive le diagnostic comme une attribution causale claire aux symptômes dont il souffre, ce qui favoriserait l'intégration de sa condition dans son identité et contribuerait par conséquent à clarifier son identité personnelle. De plus, le clinicien pourrait également expliquer à son patient les traitements et les interventions possibles afin d'augmenter son sentiment de contrôle. Cette façon de présenter le diagnostic augmenterait les chances qu'il soit vécu positivement et qu'il puisse augmenter le bien-être.

Néanmoins, pour pouvoir appliquer le modèle proposé, il faut être certain que la clarté dans les attributions causales mène toujours à davantage de bien-être. Il se pourrait qu'il s'agisse ici d'une lacune du présent modèle. En effet, il est aisé d'imaginer des situations dans lesquelles le fait de connaître clairement la cause n'augmente pas le bien-être. Par exemple, un père, qui sait que la fausse manœuvre qu'il a faite en voiture a causé un accident, se considère probablement responsable des blessures que sa famille a subies. Il dispose donc d'une attribution causale claire pour un événement négatif, mais son bien-être en est-il augmenté? Serait-il plus avantageux pour le bien-être du père que celui-ci ignore qui est le responsable de l'accident? Le présent modèle est basé sur l'argument selon lequel l'incertitude est pire qu'une explication claire, même si cette dernière est négative. Est-ce vraiment toujours le cas? Il s'agit d'une question importante pouvant s'appliquer dans plusieurs sphères de la vie. Faut-il dire à un enfant la raison pour laquelle son père est parti, ou est-il préférable de le laisser dans l'incertitude? Faut-il expliquer à un employé la raison de son congédiement même si celle-ci relève de son incompétence? Ces questions, bien qu'elles soient de plus en plus investiguées, demeurent sans réponse claire. Plusieurs études devront se pencher sur cette problématique afin de trancher la question. Bien entendu, la présente proposition considère que l'effet des attributions causales claires sur le bien-être est le même pour tout le monde, bien qu'il soit possible que cette relation varie selon les individus.

Par contre, malgré qu'il ne soit pas encore vérifié empiriquement, le modèle proposé permet d'envisager un lien entre le bien-être et le diagnostic grâce à l'ajout

de médiateurs, soit la clarté de l'identité personnelle et le sentiment de contrôle. Ces variables n'avaient jamais été combinées auparavant. De plus, le modèle permet d'élargir les implications de la théorie de la clarté des attributions en appliquant cette dernière au niveau personnel. En effet, comme mentionné précédemment, l'effet de la clarté des attributions sur la clarté de l'identité n'avait été exploré qu'au niveau collectif (de la Sablonnière et al., 2011; Pinard Saint-Pierre & de la Sablonnière, 2011). Aussi, le modèle tente d'expliquer le lien entre la clarté des attributions au niveau personnel et le bien-être personnel, ce qui n'avait pas été fait par les auteurs ayant lié ces deux concepts (Crocker et al., 1991; Edwards & Weary, 1998; Major et al., 2003; Weary & Edwards, 1994).

Orientations futures

Afin de vérifier la validité du modèle théorique présenté, une étude corrélationnelle pourrait être réalisée dans laquelle on mesurerait la clarté de l'identité personnelle, le sentiment de contrôle et le bien-être en deux temps. Une première mesure serait effectuée auprès de gens qui consultent en clinique pour la première fois. Le deuxième temps de mesure aurait lieu après l'établissement d'un diagnostic. Ainsi, s'il s'avérait qu'il existe bel et bien un lien entre le fait de comprendre clairement ce qui nous arrive (diagnostic) et le bien-être, il deviendrait important de former les cliniciens afin qu'ils soient en mesure d'expliquer le diagnostic et ses implications aux patients de la façon la plus claire possible.

D'autres variables pourraient également être prises en considération dans un futur modèle. Par exemple, il est possible que la gravité et la nature du diagnostic influencent le lien entre le diagnostic et le bien-être. En effet, lorsque le diagnostic concerne une condition permanente, comme un trouble envahissant du développement, il est peut-être plus difficile d'arriver à augmenter le sentiment de contrôle. De plus, le processus de clarification de l'identité personnelle peut être beaucoup plus ardu puisqu'il nécessite une modification profonde et permanente de l'identité de la personne touchée. Il serait également intéressant d'explorer la possibilité que le modèle puisse s'appliquer aux proches de la personne qui reçoit le diagnostic. En effet, eux aussi pourraient bénéficier d'un meilleur sentiment de contrôle, en particulier si le diagnostic touche un enfant, puisque dans un tel cas ce

sont les parents qui prennent les décisions quant aux interventions à adopter.

Ensuite, le modèle pourrait s'appliquer au-delà du cadre de la santé mentale, notamment pour des conditions médicales en général. Par exemple, une personne atteinte d'un fibrome pourrait, après avoir reçu un diagnostic, ressentir un soulagement puisque le fibrome lui fournirait une explication à ses symptômes (saignements abondants, maux de ventre, maux de dos). Sans nécessairement contribuer à clarifier l'identité de la personne atteinte, comme l'aurait fait un diagnostic de maladie mentale, l'obtention d'un diagnostic ouvre tout de même la porte à des traitements, ce qui pourrait augmenter le sentiment de contrôle et donc, le bien-être.

En somme, le modèle proposé devra être vérifié empiriquement. S'il s'avère exact, il ouvrira la porte à une vision plus positive du diagnostic ainsi qu'à des pratiques cliniques permettant que le diagnostic soit vécu positivement par le plus de personnes possible. Il pourrait ainsi contribuer à améliorer le bien-être et la qualité de vie des nombreuses personnes touchées par cette réalité.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Récupéré de http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men_ill_f.pdf
- Alloy, L. B., & Clements, C. M. (1992). Illusion of control : Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 234–245.
- Baumgardner, A. H. (1990). To know oneself is to like oneself: Self-certainty and self-affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 1062–1072.
- Blouin, M., & Bergeron, C. (Eds.). (1997). *Dictionnaire de la réadaptation* (Vol. 2). Québec: Les Publications du Québec.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 538–549.
- Corrigan, P. W. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *Social Work, 52*, 31–39.

- Crocker, J., Voelkl, K., Testa, M., & Major, B. (1991). Social stigma: The affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 218–228.
- Danion-Grilliat, A. (2006). *Le diagnostic en psychiatrie: questions éthiques*. Paris: Masson.
- de la Sablonnière, R., Pinard Saint-Pierre, F., Taylor, D. M., & Annahatak, J. (2011). *Cultural narratives and clarity of identity: Understanding the well-being of Inuit youth*. Manuscript submitted for publication.
- Deaux, K., Reid, A., Mizrahi, K., & Ethier, K. (1995). Parameters of Social Identity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 280–291.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 176–181. doi: 10.1192/bjp.184.2.176
- Edwards, J. A., & Weary, G. (1998). Antecedents of causal uncertainty and perceived control: A prospective study. *European Journal of Personality*, 12, 135–148.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358–374.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107–128.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2009). *Abnormal Psychology* (11 ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 763–773.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2004). Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 373–378. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.03.005
- Major, B., Kaiser, C. R., & McCoy, S. K. (2003). It's not my fault: When and why attributions to prejudice protect self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 772–781. doi: 10.1177/0146167203029006009
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335–347.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence. Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Sprimont: Pierre Mardaga.
- Mustafa, A., Wiorowski, M., Schultz, P., & Debry, C. (2004). La mastoïdite aiguë tuberculeuse : un diagnostic rare. A propos d'un cas. *Revue de laryngologie, otologie, rhinologie*, 125, 171–173.
- Pinard Saint-Pierre, F., & de la Sablonnière, R. (2011). *Becoming aware with reassuring clarity of the changes we constantly suffer: relative deprivation as a result of lack of attribution clarity towards social change*. Manuscript in preparation.
- Poulin, C., & Levesque, M. (1995). *Les représentations sociales des étiquettes associées à la maladie mentale : jalons pour une politique en santé mentale* (Vol. 20). Montréal: Santé mentale au Québec.
- Robert, P. (Ed.). (1987). *Le petit Robert*. Montréal : Dictionnaires Le Robert.
- Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242–247.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615–1620. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1615
- Tetrick, L. E., & Larocco, J. M. (1987). Understanding, prediction, and control as moderators of the relationships between perceived stress, satisfaction, and psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 72, 538–543.
- Weary, G., & Edwards, J. A. (1994). Individual differences in causal uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 308–318.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548–573. doi: 10.1037/0033-295x.92.4.548
- Zuroff, D. C. (1981). Depression and attribution: Some new data and a review of old data. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 273–281. doi: 10.1007/BF01193411

Reçu le 8 juin 2010

Révision reçue le 13 septembre 2010

Accepté le 27 octobre 2010 ■