



Degré de gravité, origine et explication naïve de la maladie

BONI Carine Epouse AMAFON
UFR Science de l'Homme et de la Société
Département de Psychologie
Université Félix Houphouët-Boigny
Abidjan – Côte d'Ivoire
bonykec@yahoo.fr

N'GBALA Ahogni
UFR Science de l'Homme et de la Société
Département de Psychologie
Université Félix Houphouët-Boigny
Abidjan – Côte d'Ivoire
ahogningbala@homail.com

Résumé

Cette étude vise à explorer la manière dont les personnes expliquent de façon naïve la maladie, en tenant compte de leur degré de gravité (bénin ou grave) et de leur origine (comportementale ou biologique). À l'aide de scénarios expérimentaux mettant en scène des personnages souffrant de maladies comme l'acné-urticairique ou la cirrhose du foie, 227 personnes de plus de 18 ans ont été invitées à expliquer la maladie à partir de divers types d'explications causales qui leur ont été proposées. Les résultats révèlent que les explications biologiques, telles que la contagion ou l'allergie, sont plus souvent évoquées pour les maladies bénignes ou d'origine biologique. Les explications comportementales, telles que l'abus de l'alcool ou une mauvaise hygiène de vie, sont plus fréquemment utilisées pour les maladies perçues comme ayant une origine comportementale. Les explications surnaturelles, comme la volonté divine ou le mauvais sort, apparaissent de manière transversale, peu importe la gravité de la maladie, bien qu'elles soient légèrement plus fréquentes pour les maladies d'origine biologique.

Mots-clés : Degré de gravité, origine, explication naïve, maladie

Degree of severity, origin and naive explanation of the disease

Abstract

This study aims to explore how people naively explain illness, taking into account its severity (mild or serious) and origin (behavioural or biological). Using experimental scenarios featuring characters suffering from illnesses such as acne-urticaria or cirrhosis of the liver, 227 people over the age of 18 were asked to explain the illness using various types of causal explanations that were proposed to them. The results reveal that biological explanations, such as contagion or allergy, are more often cited for mild or biologically-based illnesses. Behavioural explanations, such as product or alcohol abuse or poor lifestyle choices, are more frequently used for illnesses perceived as having a behavioural origin. Supernatural explanations, such as divine will or bad luck, appear across the board, regardless of the severity of the illness, although they are slightly more common for illnesses of biological origin.

Keywords : Severity, origin, naive explanation, disease



Introduction

Les évènements qui surviennent dans la vie de tout être humain ou qui se déroulent autour de lui, amènent ce dernier au désir de compréhension de ceux-ci. Comprendre l'occurrence donc d'un événement, c'est être à même d'apporter, à partir de bases empiriques ou pratiques, des réponses aux différents questionnements liés à cette occurrence. La notion de causalité est au cœur de toute démarche explicative visant à comprendre les relations entre les phénomènes. Elle structure notre compréhension du monde et oriente nos raisonnements, qu'ils soient scientifiques, philosophiques, ou même quotidiens, en faisant appel aux croyances populaires, religieuses ou scientifiques. La manière dont les individus expliquent par exemple l'origine d'une maladie varie selon des facteurs culturels, sociaux et psychologiques. Face à la maladie, les explications adoptées ne se limitent pas toujours aux connaissances biomédicales, elle peut aussi intégrer les croyances surnaturelles ou naturelles. Certaines personnes attribuent la maladie à des causes divines, à la sorcellerie ou à un déséquilibre spirituel, tandis que d'autres invoquent des raisons plus rationnelles telles que les virus, l'hygiène ou l'alimentation. Dès lors, nous posons la question de savoir dans quelles circonstances les personnes adoptent-elles des explications d'origine surnaturelles ou naturelles pour expliquer une maladie ? Le degré de la maladie peut-il influencer l'explication de son origine ? Les questions auxquelles cette étude tente de répondre soulèvent un enjeu essentiel dans la compréhension des représentations sociales de la maladie. Le degré de la gravité perçue et le type de

maladie pourraient avoir une influence l'explication de l'origine de celle-ci. Comprendre ce phénomène est fondamental, notamment pour améliorer les stratégies de prévention, d'accompagnement et de communication en santé. Cette étude s'inscrit dans une approche interdisciplinaire, à la croisée de la psychologie sociale, de l'anthropologie et la santé publique. Son objectif est d'explorer la manière dont les personnes expliquent de façon naïve la maladie, en tenant compte de leur degré de gravité bénin ou grave et de leur origine comportementale ou biologique.

1. Approches scientifique et théorique de la maladie

1.1. Gravité de la maladie : Approche scientifique

La gravité d'une maladie est définie comme le degré d'impact qu'elle exerce sur l'état de santé physique, psychique et social d'un individu. Elle se mesure à travers des critères médicaux (symptômes, pronostic vital, complications) mais aussi en fonction de la perception qu'en a le patient. On distingue classiquement deux formes de gravité : les maladies bénignes et les maladies graves. Une maladie est dite bénigne lorsqu'elle n'entraîne pas de risque vital immédiat, présente des symptômes modérés ou transitoires à une évolution favorable ou contrôlée par un traitement léger (Herzlich et Pierret, 1984). Exemples : Rhinopharyngite, grippe saisonnière non compliquée, verrues, gastro-entérite légère, entorse simple. D'autres aspects qui distinguent la maladie bénigne sont ses caractéristiques biomédicales, notamment, la durée courte (aiguë ou subaiguë), l'absence de complications majeures et de séquelles durables. Du point de vue de la perception sociale et psychologique elle a un faible impact



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

psychologique et moins de stigmatisation, d'interférences avec la vie quotidienne ou professionnelle et de recours aux soins spécialisés.

Une maladie est considérée comme grave lorsqu'elle engage le pronostic vital ou entraîne des complications sévères. Affecte fortement le fonctionnement physique ou psychique et nécessite des traitements lourds (hospitalisation, chirurgie, traitement chronique). Exemples : Cancer, infarctus du myocarde, VIH/SIDA, AVC, insuffisance rénale chronique, schizophrénie sévère. Ses caractéristiques biomédicales sont les suivantes : Pronostic vital potentiellement engagé, traitement spécialisé coûteux ou invasif, surveillance médicale intensive, risque de séquelles durables et impact fonctionnel significatif. Elle entraîne des conséquences psychosociales telles que la perturbation majeure du quotidien (emploi, relations, autonomie), risques accrus de détresse psychologique (anxiété, dépression, isolement), stigmatisation sociale selon la maladie (ex : VIH, tuberculose). Elle nécessite une charge familiale et financière accrue (Kassirer, Kopelman, 1991). En conclusion, il faut distinguer la gravité objective (mesurée médicalement) de la gravité perçue (liée au vécu du patient, à la culture, à la peur ou au déni). Une maladie bénigne peut être vécue comme grave, et inversement. La distinction entre maladies bénignes et graves est essentielle pour organiser les soins. Toutefois, la gravité doit être pensée au-delà de la biologie, en tenant compte des représentations sociales, culturelles et psychologiques de la maladie.

1.2. Modes explicatifs des origines de la maladie

L'explication des origines de la maladie varie selon les sociétés, les époques, les cultures et les niveaux de connaissance. On distingue classiquement deux grands modes d'explication : les modes naïfs (ou profanes/traditionnels) et les modes scientifiques. Ces systèmes d'interprétation traduisent des visions du monde, des rapports au corps, à la santé et au sacré. Les modes explicatifs naïfs se réfèrent à des systèmes de croyances populaires, non fondés sur la méthode scientifique mais sur l'expérience, la culture, les traditions orales, et les représentations symboliques de la maladie. Ces modes sont largement étudiés en anthropologie médicale (Augé et Herzlich, 1984 ; Helman, 2007). Dans le registre de l'explication naïve s'inscrivent les explications surnaturelles ou magico-religieuses. Ici, la maladie est interprétée comme une punition divine, une malédiction, ou l'effet d'une attaque sorcellerie ou d'un déséquilibre spirituel. Un autre aspect important qui entre en ligne de compte dans l'explication naïve des événements est l'explication psychosociale et émotionnelle. A ce niveau, la maladie est causée par une perturbation émotionnelle (deuil, chagrin, stress, colère), un conflit social ou familial. Ces représentations mettent l'accent sur le rôle des émotions ou des relations humaines dans le déséquilibre du corps. A ces points précédemment cités, il faut ajouter l'explication naturaliste populaire. Il s'agit de représentations plus concrètes mais souvent inexactes, basées sur des savoirs empiriques : aliments interdits, mélanges nocifs, bains à mauvais moments, etc. En clair, les caractéristiques générales des modes d'explications naïves de la maladie reposent sur des savoirs endogènes et des systèmes symboliques. Visent à donner du sens à



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

l'expérience de la souffrance. Selon Herzlich et Pierret, (1984), les explications naïves peuvent coexister avec les connaissances biomédicales qui s'inscrivent dans le cadre de l'explication scientifique de la maladie.

Les modes explicatifs scientifiques reposent sur la rationalité, l'expérimentation et les preuves empiriques. Ils se sont développés avec la médecine moderne occidentale, particulièrement à partir du XIXe siècle. Parmi ces modèles, les plus connus sont : le modèle biomédical, qui conçoit la maladie comme le résultat d'un dysfonctionnement organique, d'un agent pathogène, ou d'un désordre génétique ou physiologique. Le modèle biopsychosocial proposé par Engel (1977), élargissant le regard médical en intégrant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et la médecine fondée sur les preuves. Celle-ci repose sur l'utilisation systématique des résultats de recherches cliniques rigoureuses pour guider les décisions médicales (Sackett et al., 1996). Les modes explicatifs de la maladie reflètent des visions du monde et des rapports au corps. L'approche attributionnelle permet de comprendre les effets des croyances sur les comportements de santé, et invite à développer une posture clinique compréhensive et interculturelle.

1.3. Explication théorique des attributions causales

Les théories de l'attribution cherchent à expliquer comment les individus donnent du sens aux événements en identifiant des causes. Selon Heider (1958), les causes peuvent être internes ou externes. Les attributions internes ou dispositionnelles, rattachent le comportement à des facteurs propres à la personne, comme ses intentions, sa

personnalité ou ses efforts. Quant aux attributions externes ou situationnelles, elles concernent des éléments liés au contexte ou aux circonstances, en dehors de la personne elle-même. Cette démarche d'explication des événements répond à un besoin fondamental de donner du sens et à rendre les comportements sociaux compréhensibles et prévisibles, constituant ainsi une base essentielle pour une meilleure gestion des interactions sociales.

Dans la continuité des travaux de Heider, Jones et Davis (1965) ont approfondi la théorie de l'attribution en s'intéressant aux conditions dans lesquelles les individus infèrent des traits de personnalité stables à partir des comportements observés. Leur modèle, connu sous le nom de théorie de l'inférence correspondante postule que l'être humain a tendance à attribuer un comportement à une disposition interne lorsqu'il semble révéler une intention ou un trait durable chez l'acteur. Selon ces deux auteurs, une inférence dispositionnelle devient d'autant plus probable lorsque le comportement librement choisi, et non contraint par les circonstances, produit peu de conséquences souhaitables alternatives, viole les normes sociales ou semble inhabituel. Ainsi, un comportement atypique, non contraint, et ayant peu d'issues équivalentes sera plus facilement interprété comme reflétant la vraie nature de l'individu. Cette approche met en lumière les biais potentiels dans nos jugements sociaux, notamment la tendance à surestimer les causes internes au détriment des influences situationnelles.

Kelley (1967) a poursuivi l'analyse des processus attributionnels en proposant un modèle plus systématique, fondé sur une logique quasi-scientifique d'évaluation des causes. Dans son article, il introduit le modèle de Co



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

variation, selon lequel les individus comparent plusieurs types d'informations pour déterminer la cause la plus probable d'un comportement. Kelley identifie trois critères principaux; le consensus (les personnes agissent-elles de la même manière dans la même situation ?), la distinctivité (la personne agit-elle de cette façon uniquement dans cette situation ou dans d'autres également ?) et La consistance (la personne agit-elle toujours ainsi dans la même situation au fil du temps ?). Selon la combinaison de ces éléments, l'observateur décidera si le comportement est attribuable à des facteurs internes (personnalité, disposition) ou à des facteurs externes (situationnels). Le modèle de Kelley a introduit une dimension empirique et normative dans l'étude des attributions, en modélisant comment les gens devraient attribuer des causes s'ils raisonnaient logiquement, tout en ouvrant la voie à l'analyse des écarts entre attribution idéale et attribution réelle.

A partir de ces théories plusieurs études ont été menées suivant des modèles attributionnels dans divers domaines. Ainsi, dans le cadre de la réussite, l'échec et l'estime de soi, Weiner (1985, 1986) insiste sur le fait que le locus ne doit pas être confondu avec la contrôlabilité, qui constitue une dimension indépendante. Les attributions internes sont associées à des conséquences affectives spécifiques qui elles favorisent la fierté et l'estime de soi en cas de succès, mais induisent culpabilité ou honte en cas d'échec. La stabilité des causes, quant à elle, influence les attentes de réussite : des causes perçues comme stables renforcent les anticipations futures, suscitant espoir ou désespoir selon qu'il s'agisse de succès ou d'échec. Il souligne aussi que la stabilité peut être temporelle (persistance dans le temps)

mais aussi situationnelle (trans-situationnelle), cette dernière étant désignée par le concept de globalité (une notion empruntée à la théorie de la résignation apprise) et ayant des effets similaires en termes d'anticipation et d'émotions.

Pour Weiner, ce sont moins les causes elles-mêmes que leurs dimensions (locus, stabilité, globalité, contrôlabilité) qui influencent les comportements futurs, en modulant les attentes de réussite et les réponses émotionnelles. Ces effets se manifestent dans divers domaines : comportement d'aide, effort, justice, changement de comportement, avec des variations notables en termes d'intensité, de persistance et de rapidité d'action

La présente étude s'inscrit de façon générale dans le même cadre que les études antérieures qui ont porté sur l'attribution des causes et compréhension des événements de la vie. Toutefois, elle s'intéresse particulièrement à l'explication des origines de la maladie en fonction de sa gravité, bénigne ou grave. En effet, la théorie de l'attribution de Heider (1958) a largement influencé l'étude des comportements dans divers domaines. Cependant, elle ne s'est pas véritablement préoccupée de la maladie comme sujet d'analyse. C'est pour donc combler ce vide scientifique qui nous a mené cette étude qui se veut un prolongement des travaux explicatifs des causes des événements sociaux. En clair, nous voulons savoir si les causes de la maladie, bénigne (l'acné-urticaire) ou grave (la cirrhose du foie), pourrait être interne, c'est-à-dire une maladie dont la cause est liée au comportement ou à l'état physiologique de l'individu lui-même, ou soit externe, considérée comme une maladie dont la cause est incontrôlable, en dehors de la responsabilité de l'individu ou surnaturelle. Cette préoccupation nous amène à faire les suggestions suivantes :



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

pour la maladie bénigne, les participants évoqueront plus les causes biologiques que les causes comportementales et surnaturelles. En revanche, pour la maladie grave les participants évoqueront plus les causes surnaturelles et comportementales que les causes biologiques. On peut également supposer que pour la maladie grave, les participants évoqueront plus les causes biologiques que les causes surnaturelles et comportementales. À l'inverse, pour la maladie bénigne, les participants évoquerons plus les causes surnaturelles et comportementales que les causes biologiques. Ou encore, aussi bien pour la maladie bénigne que pour la maladie grave, les participants évoqueront au tant les causes surnaturelles, biologiques que de causes comportementales.

2. Méthodologie

2.1. Participants

L'échantillonnage **de convenance** ou **accidentel** a permis d'interroger 227 sujets résidents dans plusieurs communes d'Abidjan choisies de façon aléatoire. Les participants étaient âgés de plus de 18 ans, composés de femmes et d'hommes.

2.2. Matériels

Nous avons eu recours à quatre conditions expérimentales composées de quatre différents scénarios ou vignettes, ont été présentées aux participants. Chaque vignette décrivait un personnage souffrant d'une maladie grave ou bénigne dont le comportement était susceptible de créer. Pour ces vignettes, à la suite de la description du comportement du personnage atteint de la maladie, des

propositions de réponses représentant les types d'explications potentielles sont fournies. Chaque sujet recevait une seule vignette ou scénario et était invité à indiquer son degré d'accord ou de désaccord avec les propositions d'explications, sur une échelle allant de 1, pour "pas du tout d'accord" à 9, pour "tout à fait d'accord". Les explications causales proposées variaient sur trois dimensions : deux causes biologiques, deux causes comportementales et deux causes magiques ou surnaturelles.

2.3. Procédure

Les scénarios ont été soumis de façon aléatoire aux participants dans des lieux permettant un rassemblement des personnes et de contrôler les variables parasites liées aux participants eux-mêmes en les répartissant de manière homogène entre les groupes. Un mélange préalable est fait avant la passation afin d'éviter que pour deux personnes assises côte à côte n'aient pas les mêmes cotisations.

3. Résultats

Les données de l'étude ont été analysées via le logiciel SPSS, avec l'analyse de la variance multivariée (ANOVA), selon un plan dans lequel les variables indépendantes : degré de gravité de la maladie (bénigne et grave) et origine de la maladie (comportementale et biologique) sont considérées comme variables inter-sujets. Pour synthétiser et faciliter leur compréhension, nous les avons résumé les résultats dans le tableau ci-dessous.



Tableau 1 : Récapitulatif des résultats statistiques

Explication des origines de la maladie		Degré de gravité de la maladie				Total
		Maladie bénigne (acné-urticaire)		Maladie maligne (Cirrhose du foie)		
		Comporte mentale	biologique	comport ementale	biologiq ue	
Biologique	Contagio n	M= 2,65 ET= 2,33	M= 4,44 ET= 2,73	M= 2,03 ET=1,56	M=3,07 ET=2,38	M=3,04 ET=2,43
	Allergie : Hépatite mal	M= 6,49 ET = 2,56	M=4,75 ET= 2,56	M=4,60 ET= 2,56	M= 5,97 ET= 2,25	M= 5,45 ET= 2,59
Comporte mentale	abusé de l'alcool / produit	M= 6,75 ET=2, 53	M=4,51 ET=2,78	M=7,24 ET= 2,28	M=2,07 ET=1,81	M= 5,55 ET= 3,14
	Mauvaise hygiène de vie	M= 3,76 ET= 2,67	M= 3,13 ET= 2,39	M=5,47 ET= 2,54	M=4,93 ET= 2,44	M=4,35 ET= 2,66
Explication surnaturelle	Volonté de Dieu	M= 2,64 ET=2,22	M= 4,07 ET= 2,67	M= 2,98 ET= 2,31	M=4,85 ET= 2,70	M=3,65 ET= 2,62
	Victime d'un mauvais sort	M= 2,20 ET= 1,79	M= 3,68 ET= 2,79	M= 2,24 ET= 2,45	M=3,75 ET= 2,19	M=3,15 ET= 2,40

3.1. Explication biologique de la maladie

Les participants évoquent davantage la contagion par autrui pour expliquer la maladie bénigne, l'acné-urticaire (M =3.55, ET=2.68) que la maladie maligne ou mortelle, la cirrhose du foie (M =2.56, ET=2.07), la différence est significative, $F(1, 223) = 10.76, p < 0.01$. De même, la contagion comme cause est significativement plus approuvée par les participants pour la maladie d'origine biologique (M =3.73, ET=2.64) que pour la maladie d'origine

comportementale ($M = 2.34$, $ET = 1.99$), la différence est aussi significative, $F(1, 223) = 21.56$, $p < .0001$.

De même, l'allergie et hépatite mal diagnostiquée est donnée autant comme cause de la maladie d'origine biologique ($M = 5.38$, $ET = 2.47$) que la maladie d'origine comportementale ($M = 5.52$, $ET = 2.71$), il n'existe pas de différence significative $F(1, 223) = 1.02$, $p > .34$. L'interaction entre degré de gravité et origine de la maladie est significative pour cette réponse, $F(1, 223) = 22.19$, $p < .0001$. En effet, lorsque la maladie est bénigne, les participants accordent significativement plus de rôle causal à l'allergie ou l'hépatite mal diagnostiquée pour la maladie d'origine comportementale ($M = 6.49$; $ET = 2.56$) que pour la maladie d'origine biologique ($M = 4.75$; $ET = 2.56$), la différence est significative, $F(1, 108) = 12.78$, $p < .001$.

Au contraire pour la maladie maligne, les participants accordent plus de rôle causal à ce facteur pour la maladie d'origine biologique ($M = 5.97$; $ET = 2.25$) que pour la maladie d'origine comportementale ($M = 4.60$; $ET = 2.56$), la différence est significative, $F(1, 115) = 9.35$, $p < .003$.

3.2. Explication comportementale de l'origine de la maladie

Les participants des conditions maladie maligne ($M = 5.20$, $ET = 2.49$) ont plus considérée la mauvaise hygiène de vie comme cause de cette maladie que ceux des conditions maladies bénignes ($M = 3.45$, $ET = 2.55$), la différence est significative, $F(1, 223) = 27.52$, $p < .0001$. Le poids la mauvaise hygiène de vie comme cause est un peu élevé pour la maladie d'origine comportementale ($M = 4.64$, $ET = 2.73$) que la maladie d'origine biologique ($M = 4.06$, $ET = 2.57$), la différence significative est tendancielle, $F(1, 223) = 3.06$, $p < .08$. En ce qui concerne l'interaction degré de gravité et



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

origine de la maladie, il n'y a pas d'interaction entre degré de gravité et origine de la maladie concernant mauvaise hygiène de vie comme cause, $F(1, 223) = .02, p > .88$.

Interaction degré de gravité et origine de la maladie Il n'y a pas d'interaction entre degré de gravité et origine pour cette réponse, $F(1, 223) = 1.52, ns$. Abus du produit. Les participants ont davantage attribué les maladies bénignes à un abus de produit ou d'alcool, (acné-urticaire) ($M = 5.63, ET = 2.87, N = 110$) que la maladie maligne (cirrhose du foie) ($M = 4.63, ET = 3.31, N = 117$), la différence est significative, $F(1, 223) = 9.58, P < .002$. L'abus du produit a été mentionnée à un degré plus élevé jugée comme cause de la maladie d'origine comportementale ($M = 7.00, ET = 2.41$) que celle d'origine biologique ($M = 3.25, ET = 2.62, N = 114$), l'on note une différence significative $F(1, 223) = 139, p < .0001$.

Il y a une interaction significative entre degré de gravité et origine de la maladie pour cette réponse, $F(1, 223) = 21.84, p < .0001$. Cela est dû au fait que les participants jugent l'abus de l'alcool ou du produit comme une cause plus importante pour la maladie d'origine comportementale ($M = 6.75 ; ET = 2.53$) que pour la maladie d'origine biologique ($M = 4.51 ; ET = 2.78$) dans le cas de la maladie bénigne, $F(1, 108) = 19.49, p < .0001$, alors qu'ils accentuent davantage le rôle causal de l'abus de l'alcool ou du produit pour la maladie d'origine comportementale ($M = 7.24 ; ET = 2.28$) et le réduisent d'autant pour la maladie d'origine biologique ($M = 2.07 ; ET = 1.81$) dans le cas de la maladie maligne, la différence est significative, $F(1, 115) = 185.11, p < .0001$.

3.3. Explication de causes surnaturelles

La volonté de Dieu est perçue comme une cause plus faible de la maladie bénigne ($M = 3.35$, $ET = 2.55$) que de la maladie maligne ($M = 3.92$, $ET = 2.68$), mais la différence est marginalement, $F(1, 223) = 2.87$, $p < .09$. La volonté de Dieu a été plus admise par les participants comme cause de la maladie d'origine biologique ($M = 4.47$, $ET = 2.70$) que cause de la maladie d'origine comportementale ($M = 2.81$, $ET = 2.26$) la différence est significative $F(1, 223) = 24.94$, $p < .0001$. Quant à l'interaction degré de gravité et origine de la maladie $F(1, 223) = .420$, $p > .52$, la différence n'est pas significative. De même, en ce qui concerne l'allergie ou l'hépatite mal diagnostiquée, les participants considèrent l'allergie comme un facteur autant pour la maladie bénigne ($M = 5.62$, $ET = 2.70$) que pour la maladie maligne ($M = 5.29$, $ET = 2.49$), la différence n'est pas significative, $F(1, 223) = 1.02$, $p > .31$.

En ce qui concerne le mauvais sort, la différence n'est pas significative entre les réponses reconnaissant le mauvais sort comme cause pour les conditions bénignes ($M = 3.09$, $ET = 2.49$) et malignes ($M = 3.20$, $ET = 2.31$), $F(1, 223) = .11$, $p > .73$. Le poids causal du mauvais sort a été davantage évoqué pour les maladies d'origine biologique ($M = 3.55$, $ET = 2.51$) que pour les maladies d'origine comportementale ($M = 2.73$, $ET = 2.20$), la différence est significative $F(1, 223) = 7.47$, $p < .007$. L'interaction degré de gravité -origine de la maladie est significative pour l'attribution de causalité au mauvais sort, $F(1, 223) = 9.12$, $p < .003$.

On constate en effet que le poids causal de mauvais sort est plus élevé pour la maladie d'origine biologique ($M = 3.98$; $ET = 2.79$) que pour la maladie d'origine comportementale ($M = 2.20$; $ET = 1.79$) lorsque ces maladies sont bénignes, la



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

différence étant significative, $F(1, 108) = 15.93$, $p < .0001$, tandis que pour les maladies bénignes, le mauvais sort est attribué autant de causalité pour la maladie d'origine biologique ($M=3.15$; $ET=2.19$) que pour la maladie d'origine comportementale ($M= 3.24$; $ET=2.45$), la différence n'est pas significative, $F < 1$, ns.

4. Discussion

Cette étude avait pour objectif de montrer dans quelle mesure les causes naturelles et surnaturelles étaient évoquées pour expliquer les événements sociaux, notamment la maladie bénigne ou grave. Les hypothèses formulées autour de cet objectif étaient les suivantes : pour la maladie bénigne, les participants évoqueront plus les causes biologiques que les causes comportementales et surnaturelles. En revanche, pour la maladie grave les participants évoqueront plus les causes surnaturelles et comportementales que les causes biologiques. On peut également supposer que pour la maladie grave, les participants évoqueront plus les causes biologiques que les causes surnaturelles et comportementales. À l'inverse, pour la maladie bénigne, les participants évoqueront plus les causes surnaturelles et comportementales que les causes biologiques. Ou encore, aussi bien pour la maladie bénigne que pour la maladie grave, les participants évoqueront au tant les causes surnaturelles, biologiques que comportementales.

Les résultats montrent que les participants expliquent la maladie bénigne, plus avec les causes biologique qu'avec les causes comportementales et surnaturelles. Ainsi, la contagion a plus fréquemment été approuvée pour expliquer

l'acné-urticairre que pour la cirrhose de foie. Dans la même veine, les résultats montrent également que l'allergie ou l'hépatite male diagnostique, a été évoqué comme pouvant également être une cause des deux types de maladies bénigne et grave. Par ailleurs, en ce qui concerne les causes liées au comportement, tel que l'abus de produit ou d'alcool, ont été souvent plus mentionné comme cause de la cirrhose du foie que de l'acné-urticairre. De plus, que ce soit pour le produit ou l'alcool, l'abus a été davantage relié aux maladies d'origine comportementales qu'à celles d'origine biologique.

L'explication causale volonté de Dieu a autant été mentionnée dans le cas de la cirrhose de foi que l'acné. Par contre elle a fortement été évoquée pour expliquer la maladie d'origine biologique par rapport à celle d'origine comportementale. L'explication selon laquelle le mauvais sort est à la base de maladie a été évoquée autant de fois dans le cas de l'acné que de la cirrhose de foi. De plus, pour expliquer les maladies d'origines biologiques, les participants ont plus souvent interprété cela comme provenant d'un mauvais sort. Par ailleurs, ces résultats sont corroborés par d'autres travaux scientifiques mais apportent certaines nuances à plusieurs observations tirées de ces précédents travaux sur la maladie. Les participants évoquaient plus les causes comportementales et surnaturelles pour la maladie grave que pour la maladie bénigne. Par exemple, la mauvaise hygiène de vie a plus été mentionnée comme cause explicative de la cirrhose de foi que de l'acné. Elle a aussi été évoquée pour expliquer, aussi bien la maladie d'origine comportementale que celle d'origine biologique. De même les participants expliquaient souvent la maladie grave avec des causes surnaturelle. La cirrhose de foi était plus considérée comme un mauvais sort,



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

une volonté divine qu'une maladie biologique. Cela concorde avec notre seconde hypothèse selon laquelle Cela dit, notre première hypothèse selon laquelle pour la maladie bénigne, les participants évoqueront plus les causes biologiques que les causes comportementales et surnaturelles. En revanche, pour la maladie grave les participants évoqueront plus les causes surnaturelles et comportementales que les causes biologiques, est confirmée.

Il faut en outre remarquer que pour la maladie grave, les participants évoquaient également des causes biologiques et comportementales, même s'ils évoquaient davantage des explications surnaturelles. Par exemple en ce qui concerne le mauvais sort, la différence n'est pas significative entre les réponses reconnaissant le mauvais sort comme cause pour les maladies bénigne et grave. Le poids causal du mauvais sort a été également évoqué au tant pour la maladie d'origine biologique que pour la maladie d'origine comportementale, notre hypothèse selon laquelle pour la maladie grave, les participants évoqueront plus les causes biologiques que les causes surnaturelles et comportementales. À l'inverse, pour la maladie bénigne, les participants évoqueront plus les causes surnaturelles et comportementales que les causes biologiques, est de ce fait partiellement confirmée.

Les résultats indiquent aussi que les causes surnaturelles telles que la volonté de Dieu et le mauvais sort étaient également évoquées aussi bien pour la maladie bénigne que pour la maladie maligne la différence n'est pas significative même si elle est marginale. De même pour le mauvais sort considéré également comme une cause de maladies bénigne et grave. Le poids causal du mauvais sort a été également

davantage évoqué pour les maladies d'origine biologique que pour les maladies d'origine comportementale. Par ailleurs, en ce qui concerne l'allergie ou l'hépatite mal diagnostiquée, les participants considèrent l'allergie comme un facteur autant pour la maladie bénigne que pour la maladie maligne. De ce fait, notre hypothèse qui stipule que, aussi bien pour la maladie bénigne que pour la maladie grave, les participants évoqueront aussi bien les causes surnaturelles, biologiques que comportementales, est confirmée.

L'importance donnée aux explications biologiques pour les maladies bénignes, a aussi été l'objet d'étude (Legare, **Cristine**, **Gelman**, 2008). En effet, ces auteurs ont mené une étude sur la coexistence des explications naturelle et surnaturelle dans les représentations de la maladie graves et bénignes telle que la grippe et le SIDA auprès de 366 personnes; enfants et adultes sud-africains. Les résultats indiquent que les personnes ont tendance à privilégier des causes naturelles pour les maladies moins graves (grippe) et les explications surnaturelles, pour la maladie grave comme le SIDA. Particulièrement ces résultats révèlent que les raisons biologiques (comme la contamination sanguine ou le contact avec des malades) sont largement acceptées par tous les âges pour la grippe.

Par ailleurs, prédominance des explications comportementales (comme l'abus de substances ou d'alcool, ou une mauvaise hygiène de vie) rejoint les conclusions de Furnham, (1994), Bishop **George**, **Almira**, **Cervinka**, **Radek**, **Lee**, (2006), selon lesquelles les individus attribuent fréquemment les maladies à des écarts ou des manquements personnels, surtout dans les contextes où les normes de santé sont profondément ancrées. Cela est particulièrement



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

vrai dans notre étude pour l'acné, souvent liée à l'abus, tandis que la cirrhose du foie semble moins explicitement associée à un comportement délétère.

Les résultats concernant les explications surnaturelles sont également en accord avec les recherches menées en Afrique subsaharienne. La mention fréquente de la volonté de Dieu et du mauvais sort, notamment dans le cas de maladies graves ou d'origine biologique, ont été observé dans l'étude de Liddell, **Barrett**, **Bydawell**. (2005) sur la coexistence des explications magico-religieuses et biomédicales dans les perceptions populaires de la maladie. En effet, comme l'ont montré Mullet et al. (2002), les explications surnaturelles augmentent lorsque les causes naturelles semblent insuffisantes pour expliquer la souffrance, notamment dans les cas perçus comme injustes ou tragiques. Aiyana, Rosun, Barra (2024) ajoutaient que, lorsqu'il n'y avait pas d'explication claire à une maladie, les participants étaient plus enclins à considérer qu'elle avait une origine divine.

La religion joue également un rôle central dans les explications naïves. Le protestantisme évangélique, l'islam soufi ou les religions traditionnelles africaines proposent chacun des cadres explicatifs où la maladie peut être vue comme une épreuve divine, une possession démoniaque, ou une conséquence d'un déséquilibre spirituel. Dans son étude expérimentale, Lombrozo, (2007) s'intéresse aux critères qui rendent certaines explications plus satisfaisantes que d'autres pour l'esprit humain.

Elle met en place des expériences visant à tester les préférences des individus face à différentes explications causales. Ses résultats révèlent une nette tendance à

privilégier les explications simples, agentives (qui impliquent une entité intentionnelle) et téléologiques (qui indiquent une finalité). Ces propriétés, typiques des récits religieux, expliqueraient pourquoi les explications surnaturelles peuvent paraître plus convaincantes, même en présence d'explications scientifiques concurrentes. Les croyances religieuses donnent un sens global à l'événement, identifient une cause unique (souvent une entité divine), et proposent une signification morale ou existentielle.

Norenzayan, (2013), quant à lui, aborde la question sous l'angle de la fonction sociale et évolutive des croyances religieuses. Dans *Big Gods*, il s'appuie sur une approche interdisciplinaire mêlant données historiques, psychologiques et expérimentales pour montrer que les religions dotées de divinités morales omniscientes jouent un rôle déterminant dans la régulation sociale. Ces dieux surveillants incitent à la coopération en assurant que les comportements soient évalués, même en l'absence de témoins humains. Les croyances religieuses se transforment alors en moyens d'expliquer moralement les épreuves : le malheur est vu comme le résultat d'une transgression ou d'un désordre social, ce qui aide à maintenir l'équilibre des normes collectives.

A la suite de ces travaux notre étude révèle une tendance à utiliser des cadres explicatifs variés selon des échelles de gravité et de responsabilité. Lorsque la maladie est mineure ou due à un comportement, les explications naturalistes dominent. À l'inverse, les maladies graves ou inexpliquées biologiquement entraînent un recours plus fréquent à des explications surnaturelles, confirmant la thèse de l'hybridité causale formulée par **Harris**, (2008).



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

Ces résultats soulignent l'importance des explications naïves dans la compréhension des phénomènes de maladie comme le note Nguyen (2010) à propos du SIDA en Afrique de l'Ouest, ces savoirs profanes ne disparaissent pas mais s'adaptent, circulent et résistent, formant des logiques hybrides entre sciences biomédicales et explications locales. **Haslam, (2017)** souligne que les explications naïves éclaire les processus d'**essentialisation de la maladie**, en montrant comment certaines pathologies sont interprétées comme relevant d'une essence individuelle (biologique, comportementale) tandis que d'autres laissent davantage place à des interprétations magiques ou religieuses.

Cette étude contribue de manière significative à la compréhension de la manière dont les individus articulent différentes grilles de lecture de la maladie. Elle explore comment la gravité et l'origine supposée de la maladie influencent les types d'explications que les gens choisissent, qu'elles soient naturelles ou surnaturelles.

Toutefois certaines limites ressortent de cette étude.

Le choix de comparer une maladie bénigne (acné) et une maladie grave (cirrhose du foie) repose sur des critères de gravité médicale, mais ne tient pas nécessairement compte de la charge symbolique ou sociale propre à chaque pathologie. Par exemple, l'acné peut être perçue comme bénigne sur le plan médical, mais fortement stigmatisée socialement, notamment chez les jeunes. Cette étude ne prend pas en compte les variables socioculturelles souvent très importantes en psychologie sociale.

Les explications naïves de la maladie peuvent être fortement influencées par les croyances culturelles, religieuses, et les expériences personnelles. La croyance en

des causes surnaturelles, comme le mauvais sort ou la volonté divine, varie en fonction du contexte socioculturel et ne peut être interprétée de manière uniforme. De plus elle repose exclusivement sur des approbations quantitatives de types d'explication, sans recueillir les justifications ou les récits associés à ces choix. L'ajout d'une composante qualitative (entretiens, justifications libres) permettrait d'enrichir l'analyse et de mieux comprendre les logiques internes aux explications fournies.

Conclusion

Cette étude visait l'analyse de l'articulation entre les explications naïves naturelles et surnaturelles de la maladie en fonction de deux variables principales : le **degré de gravité** (maladie bénigne et grave) et **origine perçue** (biologique et comportementale). En confrontant les participants à des scénarios de deux types de maladies et en leur proposant différents types d'explications causales. Les résultats ont révélé que les explications biologiques et comportementales sont modulées par le degré de gravité, tandis que les explications magiques ou surnaturelles, soit fréquemment évoquées pour les maladies d'origine biologique. Elles sont présentes de manière transversale, quelle que soit la maladie. Précisément, les résultats montrent que certaines causes, comme **la contagion** ou **l'abus**, la mauvaise hygiène de vie et l'allergie sont mobilisées différemment selon que la maladie est jugée d'origine biologique ou comportementale. En parallèle, des explications surnaturelles telles que la **volonté de Dieu** ou le **mauvais sort** sont évoquées aussi bien pour des maladies



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

graves que bénignes, ce qui témoigne d'une pluralité de cadres explicatifs mobilisables par les individus face à la maladie. Cependant, malgré certaines limites, cette recherche ouvre des perspectives intéressantes pour mieux comprendre les logiques explicatives mobilisées face à la maladie, en lien avec des variables comme l'âge, le niveau d'éducation, la religiosité, le genre ou encore les expériences personnelles de la maladie.

References bibliographies

- Abramson, Lyn Y., Seligman, Martin E. P., & Teasdale, John D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Aiyana, K. Willard, Nachita Rosun & Mícheál de Barra (28 août 2024) : Dieu, sorcellerie et croyances sur la maladie à l'île Maurice, *Religion, Cerveau & Comportement*.
- Astuti, Rita, & Harris, Paul L. (2008). Understanding mortality and the life of the ancestors in rural Madagascar. *Cognitive Science*, 32(4), 713-740.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives contemporaines.
- Bernard Weiner. (1985). *An attributional theory of achievement motivation and emotion*. *Psychological Review*, 92(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>

- Bishop, George D., Alva, Almira, Cervinka, Radek, & Lee, Sharon Y. (2006). Lay understanding of cancer and cancer treatment in Singapore. *Psycho-Oncology*, 15(6), 469–480.
- Boyer, Pascal. *Et l'homme créa les dieux : Comment expliquer la religion*. Paris : Gallimard, coll. « Folio essais », 2003. ISBN : 978-2-07-042695-9.
- Didier Fassin. ,2004 « Entre biopouvoir et biolégimité : une anthropologie critique de la santé » *Anthropologie & Santé*, 1.
- Dozon, Jean-Pierre (1985). *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine*. Paris : Seuil.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Fainzang, S. (2000). *La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale. Ethnologie comparée*, n°1.
- Favret-Saada, Jeanne (1977). *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*. Paris: Gallimard.
- Furnham, Adrian (1994). Explaining health and illness: Lay representations of health and illness. In Adrian Furnham (Ed.), *Lay Theories: Everyday Understanding of Problems in the Social Sciences*.
- Gelman, Susan. A. (2003). *The Essential Child: Origins of Essentialism in Everyday Thought*. Oxford University Press.
- Gernigon, C., Delloye, J.-B., Fleurance, P., & Riedrich, Y. (1999). *Relations entre l'interprétation causale des résultats, la confiance en soi et la performance athlétique au sprint*. Rapport de recherche, Institut National du Sport et de l'Éducation Physique (INSEP).
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.



Soumission : 30/05/2025 Acceptation : 09/07/2025 Publication : 15/07/2025

- Herzlich, C., & Pierret, J. (1984). *Maladie et souffrance : une approche sociologique*. Paris : Métailié
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kelley, Harold H. (1967). *Attribution theory in social psychology*. In D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 15, pp. 192–240). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Legare, Cristine H., & Gelman, Susan A. (2008). Bewitchment, biology, or both: The co-existence of natural and supernatural explanatory frameworks across development. *Cognitive Science*, 32(4), 607–642.
- Liddell, Christine, Barrett, Louise, & Bydawell, Melissa (2005). Indigenous beliefs about HIV/AIDS: Implications for programme design. *AIDS Bulletin*, 14(1), 15–19.
- Lock, Margaret. (2001). *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. University of California Press.
- Lombrozo, T. (2007). Simplicity and probability in causal explanation. *Cognitive Psychology*, 55(3), 232–257. <https://doi.org/10.1016/j.cogpsych.2006.09.006>
- Mullet, Étienne, Neto, Félix, & Rivière-Shafighi, Sylvie (2002). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 70(2), 217–244.
- Nicolas Haslam. , 2017. Essentialist thinking in social cognition. *Current Directions in Psychological Science*.
- Norbert Schwarz & Gerald Clore (2007). Feelings and phenomenal experiences. In *Social Psychology : Handbook of Basic Principles* (2nd ed.).
- Norenzayan, A. (2013). *Big Gods: How Religion Transformed Cooperation and Conflict*. Princeton University Press.

- Paul L. Harris (2000). *L'enfant et la croyance*. Gallimard. Le livre *L'enfant et la croyance* de Paul L. Harris, publié en 2000 chez Gallimard (collection « NRF Essais »),
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Scott Atran. (2002). *In Gods We Trust: The Evolutionary Landscape of Religion*. Oxford University Press
- Shim, Janet K. (2010). *Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment*. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York: Springer-Verlag.