

Une approche psychosociale du rapport à la santé : le regard des Représentations Sociales

Pr. Thémis APOSTOLIDIS
Laboratoire de Psychologie Sociale
Aix-Marseille Université

1

Une approche de Psychologie sociale de la santé (PSS)

La **Psychologie Sociale de la Santé** propose un ensemble de savoirs dans le domaine de la santé et de la maladie s' appuyant à la fois sur les outils théoriques et méthodologiques de la **Psychologie** (*Psychologie Sociale, Psychologie de la Santé, Psychologie Clinique*) et sur les approches des **Sciences Sociales** (*Épidémiologie, Sociologie, Économie, Anthropologie, ...*). Elle est centrée sur l' étude et la résolution des problèmes de santé dans les différents contextes sociaux et culturels dans lesquels ils se manifestent.

Morin & Apostolidis (2002)

In : Fischer G-N. (ed.). Traité de Psychologie de la Santé, Paris : Dunod.

2

Les connaissances issues de la PSS : Quelles implications ?



**Un outil de diagnostic et d'intervention
(analyse, préconisation, évaluation) qui permet
la reformulation de la question posée
et le déplacement des problématiques d'action**

*(Comment analyser les phénomènes ?
Sur quels déterminants faudrait-il agir ?).*

Pourquoi un objectif de déplacement ?

Parce que l'une des principales erreurs que nous commettons
« est de croire que ce sont avant tout des raisons de santé qui
expliquent l'adoption des comportements liés à la santé »
(G.N. Fischer, 2002, *Traité de psychologie de la santé*, Dunod)

La « thèse psychosociale »

**Une approche compréhensive visant à situer les
individus dans un monde d'objets qui sont pensés et
appropriés en relation avec autrui (dynamiques
relationnelles et intergroupes), au cœur des processus
d'inscription et de participation sociales.**

Quelques remarques sur les comportements de santé

- **Des comportements complexes simultanément individuels et sociaux.**
- **Des comportements d'anticipation influencés par des facteurs psychosociaux (motivations, représentations et croyances, entourage social, valeurs, ...).**
- **Des comportements instables, variables et hétérogènes (ruptures, modulations contextuelles, ...).**
- **Le changement de comportement (les limites de l'approche informative et de l'injonction thérapeutique; approche individuelle et/ou approche groupale et/ou social)**

5

La Psychologie Sociale de la Santé : une boîte à outils en santé publique

- **Diagnostic du problème (par exemple, étudier la santé perçue, ...) et préconisation pour l'action (par exemple, agir sur des facteurs psychosociaux, ...).**
- **Evaluation des dispositifs (par exemple, évaluer la QDV des patients, ...).**
- **Formations des professionnels (par exemple, l'analyse des pratiques, techniques de communication, ...).**

6

Santé et maladie : à l'interface de l'individuel et du social (Paicheler, 2002)

- Dans de nombreuses cultures, la question de la santé apparaît au premier plan des interactions sociales : saluer quelqu'un (salut --> *salus* = santé; salam, shalom, ...).
- La maladie : une forme élémentaire d'événement, c'est à dire : « une forme simultanément individuelle et sociale, un événement biologique individuel, dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale » (Augé, 1984).

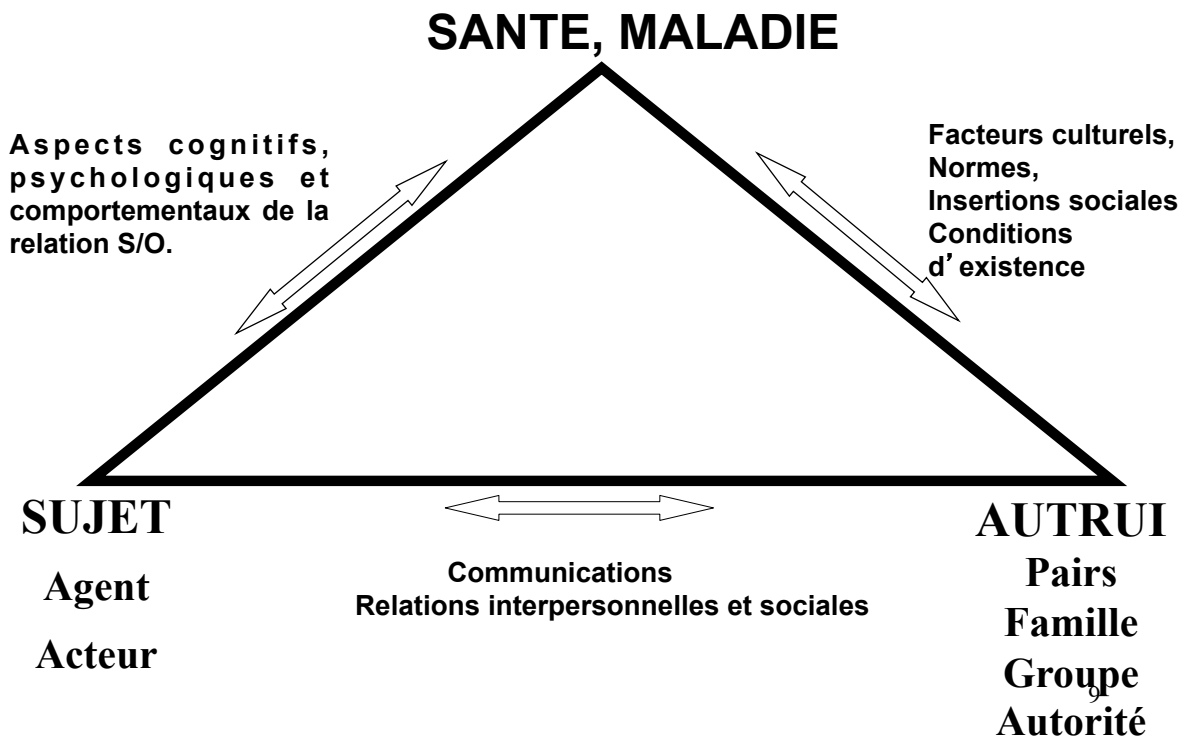
7

La maladie, le malade et le médecin (Stoetzel, 1960)

- Un fait essentiel : “santé et maladie sont des valeurs et même les prototypes de toute valeur ... Or, toute valeur est de nature sociale ... C'est (*donc*) à l'intérieur d'une culture déterminée qu'il faudra se placer ” (ibid., p. 614).
- La « nature » de la maladie, sa réalité ontologique, « est parfois liée à la conception générale des choses, au point d'en être indiscernable » : la maladie, c'est « un désordre dans l'ordre naturel » qui fait que la récolte sera mauvaise (ibid. p. 615)
- La maladie est un « dérangement de l'ordre établi » qui implique une quête explicative et peut mobiliser une « conception morale » (e.g. celle qui a trait à la responsabilité ou à la non-responsabilité du malade).

8

Santé et maladie : des lieux d'interactions complexes entre l'individu et la société



La maladie en tant que réalité vécue subjectivement ...

La « maladie du malade » : le traitement

« C' est le traitement qui vous rend malade, parce que c' est le traitement qui vous diminue, qui vous fait mal partout, qui vous fait perdre les cheveux ... finalement ce n' est pas la maladie qui vous atteint quand vous en êtes là, c' est le traitement ... c' est les médicaments qui vous rendent malade.

La compétence est je pense parfaite mais ... faudrait prendre en compte la tête, pas oublier qu' il y a une tête derrière les cellules cancéreuses ou saines. Moi, on est en train de sauver ma vie mais en attendant, je vais y perdre ma tête.

Donc à quoi ça sert finalement ?

Si je deviens folle à quoi ça sert finalement ? »

(P11, 37 ans, Bac+)

Une conception différenciée de la santé en fonction de l'insertion sociale

Représentations de la santé et niveau de précarité

(Population : usagers du CES DORIA ; Olivetto & Apostolidis, 2003)

Deux « définitions » différentes

Satisfaction et réseau social

- **Bonne qualité de vie**
(vivre pleinement, bonheur, détente, plaisir, joie)
- **Entourage social**
(famille, amis)

LES NON-PRECAIRES

Condition physique et dynamisme

- **Corps à entretenir**
(besoins primaires, hygiène de vie, forme physique, endurance)
- **Vitalité et pouvoir d'action**
(énergie, dynamisme, action, bouger)

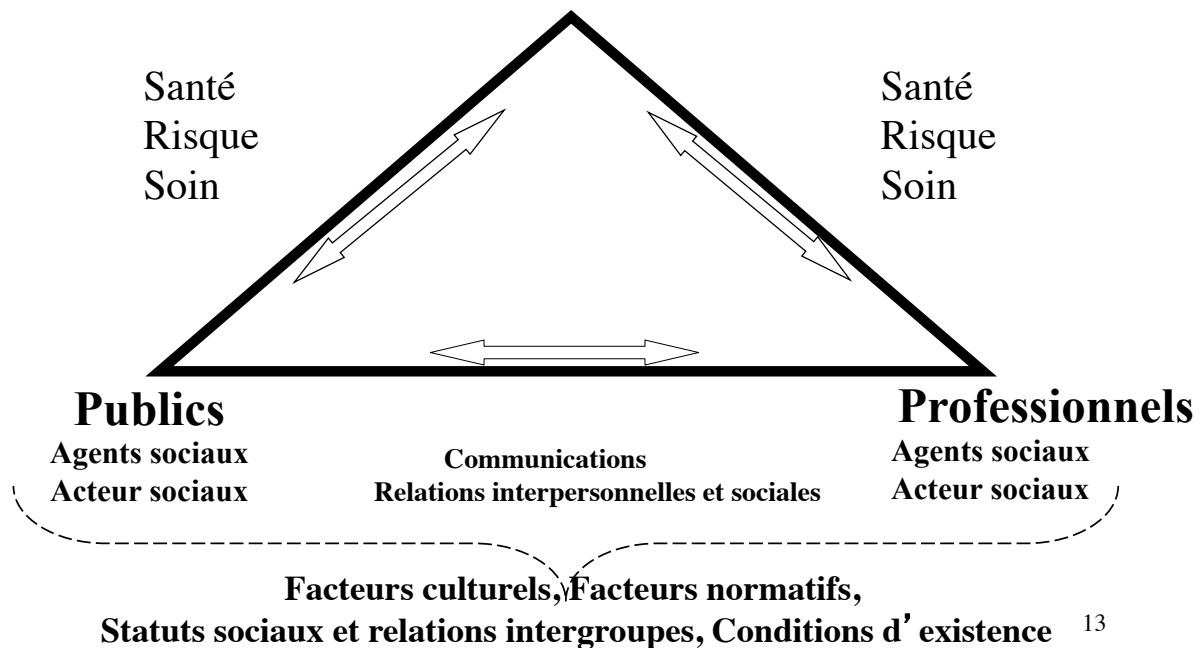
LES PRECAIRES 11

Contexte social et santé : la nouvelle « vieille » question des inégalités sociales de santé ... (Morin & Apostolidis, 2002)

- **Disparité de la mortalité selon la catégorie sociale d'appartenance** (surmortalité des ouvriers et des employés par rapport aux cadres : maladies cardio-vasculaires, cancers, morts violentes ..., voir Jouglà et al., 2000; variation de la mortalité par cancer du poumon en fonction du taux de chômage en PACA, Menton versus Marseille, source ORS-PACA 1998).
- **Un gradient social de mortalité tout au long de la vie** (mortalité périnatale - 7,1/1000 pour les enfants dont le père est cadre, 10,2/1000 pour ceux dont le père est ouvrier, voir Kaminski et al., 2000; durée de vie après la retraite : après 10 ans, 48% d'ouvriers étaient décédés versus 18% des cadres, voir Leclerc et al., 2000).

Un regard psychosocial sur les situations de prévention et prise en charge

Prévention / Prise en charge



Les pratiques professionnelles sont :

- Régulées par les processus psychosociaux en jeu dans le contexte de la relation « professionnel / usager » (statut social, identité, motivations et objectifs des acteurs, climat relationnel, ...).
- Inscrites dans un système d'action socialement déterminé à la fois par des enjeux concrets et par une symbolique sociale.

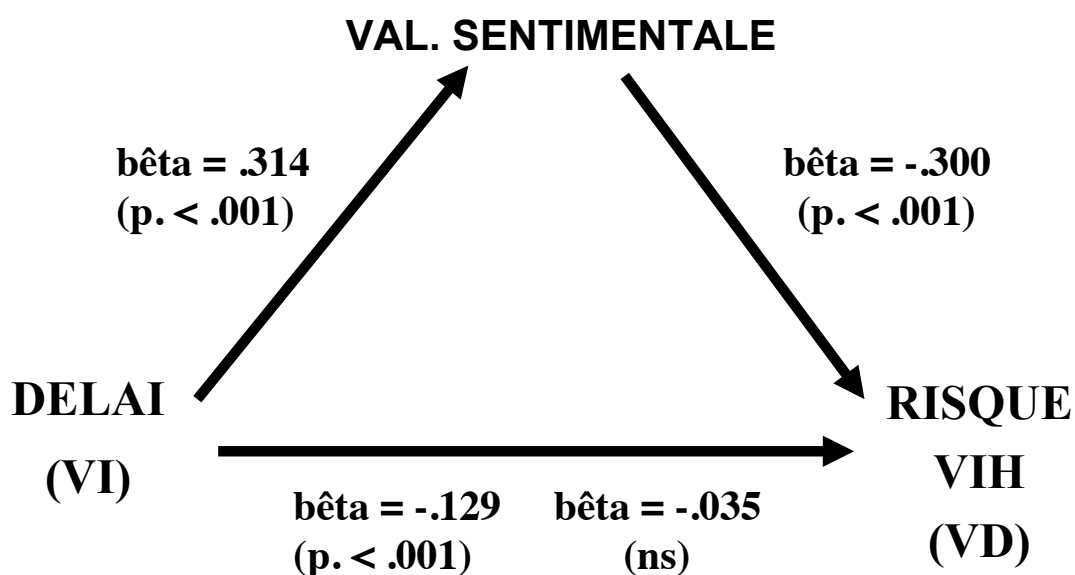
L'approche des Représentations Sociales

- Une approche contextuelle, phénoménologique et compréhensive pour analyser la pensée sociale dans le domaine de la santé et de la maladie (Apostolidis & Dany, 2012).
- La santé et la maladie font l'objet d'une construction sociale à partir d'un savoir partagé socialement (e.g. systèmes de significations : risque et propre/sale).
- Les Représentations Sociales : une forme de connaissance courante, de sens commun et à visée pratique (« Elles décrivent, expliquent et prescrivent. elles fournissent un mode d'emploi pour interpréter la réalité, maîtriser notre environnement et nous conduire en société »; Jodelet, 1993). Les RS sont des « programmes de perception et d'action ».
- Deux observations récurrentes concernant la maladie en tant que construction sociale : a) forme de relation entre l'individu, autrui et la société; b) mise en relation entre l'ordre biologique et l'ordre social.

La représentation sociale : une définition (Jodelet, 1991)

- **Forme de connaissance courante, dite de sens commun, caractérisée par les propriétés suivantes :**
 - elle est socialement élaborée et partagée.
 - elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientation des conduites et communications.
 - elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné.

**Logique du sens et construction du risque.
Scripts de relations sexuelles, valence sentimentale
et perception des risques (Apostolidis, 2006, 2007)**



17

**Une coexistence entre différents types de savoirs dans
l'appréhension de la transmission du VIH**

(Apostolidis, 2007)

Le sida s'attrape par :	Pas d'accord (1+2)*	Sans opinion (3)*	D'accord (4+5)*	Total
Sang	3	2	94	99
Sperme	4	4	85	99
Seringues	1	1	97	99
Lames de rasoir	14	4	81	99
Brosses à dents	40	11	48	99
Salive	55	7	37	99
Sueur, transpiration	69	14	15	98
Piqûres d'insectes	59	12	28	99
Microbes	59	10	29	98
WC publics malpropres	36	19	43	98
Fréquentation des Hôpitaux	38	18	42	98
Négligence des autres	23	7	68	98
Suffisamment informé ?	19	7	72	98

18

L' HÔPITAL EN TANT QUE « TERRITOIRE À RISQUE »

« Parce qu' y pas de médicaments, y a rien que la mort. Ça me fait trop peur, le sida et le cancer, ça me fait trop peur. Surtout le sida, je me méfie de ça. À prendre mes précautions. Et c' est pas seulement pour coucher avec quelqu' un, paraît qu' on peut attraper le sida là où il y a des microbes, que je peux attraper sans faire quelque chose. C' est pas seulement parce que tu as couché avec quelqu' un, que t' as pris tes précautions. Ça peut arriver comme ça le sida, tu peux aller à l' hôpital et y a quelqu' un qui s' est trompé, il va prendre une aiguille que quelqu' un il a oubliée, il m' a piqué et puis ça y est ! Il avait le sida. Je suis contaminée directement ! Et ça fait tellement peur ... si j' attrape le sida, je préfère mourir d' un coup. Les gens vont parler du mal de moi. Ils vont pas chercher pourquoi j' ai le sida, mais vont dire directement que j' ai couché avec n' importe qui. Je préfère mourir directement qu' être là, que les gens regardent ... là, je sais déjà qu' un jour, je vais mourir, ça va me faire souffrir, je préfère mourir directement.» (F, 25 ans)

19

Les mises en représentation des risques liés au VIH : une forme de pensée de type narratif (Apostolidis & Dany, 2012)

- Une pensée qui fonctionne sous le régime de la **présupposition** (jugement « aprioristes » et significations implicites ; processus d'insertion de l'objet dans un système organisé de représentations exprimant une valeur sociale, ...).
- Une pensée **subjectivée, intuitive et prospective** (pensée cognitivo-émotionnelle, intention et conséquences, le monde hypothétique des « possibles », la causalité du « si » ...; *Risque probabilité vs. Risque possibilité*).
- Une pensée **expressive et « idéo-logique »** (des constructions qui expriment et signifient une configuration des rapports sociaux et symboliques, climats relationnels).

20

Le regard des représentations sociales (Herzlich, 2001)

- Les RS de la santé et de la maladie constituent une mise en relation de l'ordre biologique et de l'ordre social et participent de visions du monde plus larges ainsi que de logiques plurielles.
- « Nos « représentations » ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social. »

21



COMMISSION
AMERICAINE DE
PRESERVATION
CONTRE LA
TUBERCULOSE
EN FRANCE
1917

**Hervé Gourdel, de la menace à l'exécution
Libération 24/09/2014**

(http://www.liberation.fr/monde/2014/09/24/de-la-menace-a-l-execution_1107848)

« **Métastases.** Dès lors, si la signature de l'exécution est celle du groupe Jund al-Khilafah (les Soldats du Califat), c'est bien l'Etat islamique qui est la référence absolue et le donneur d'ordre. ... **Si l'EI peut être un assimilé à un cancer qui ronge le Proche et le Moyen-Orient, Jund al-Khilafah apparaît comme l'une des premières métastases.** Il est l'une des premières indications que la campagne de barbarie orchestrée par Abou Bakr al-Baghdadi, alias calife Ibrahim, est payante. **Autre métastase,** les attaques prévues par une quinzaine de jihadistes australiens qui projetaient d'enlever des personnes choisies au hasard dans la rue et les exécuter ensuite. L'EI aurait diffusé la vidéo. »

**Une hypothèse de travail :
la santé, la maladie, le risque comme des objets
révélateurs du fonctionnement social**

Les représentations de la maladie (signifiant) expriment *sui generis* une forme de rapport entre l'individuel et le social (signifié) et permettent ainsi d'accéder aux théories sociales du moment, aux valeurs et aux principes plus larges qui régissent les relations qu'entretiennent les individus avec les autres, le monde, l'ordre social

L' intérêt de l'approche RS en santé publique

- **Un outil pour le diagnostic** (par exemple : reformuler la question, choisir des indicateurs pertinents, analyser le sens des conduites, croiser le point de vue des acteurs, ...).
- **Un outil pour l'intervention** (par exemple : analyse des pratiques professionnelles, formation, mise en place et évaluation d'une action, ...).

25

Deux questions pour la prévention et la prise en charge :

- **Qui définit le risque ?**
 - Les Institutions ?
 - Les Professionnels ?
 - Les Populations ?
- **Sur quels déterminants agir ?**
 - « Sanitaires » ?
 - « Non-sanitaires » ?

26

Deux impératifs pour l'action en santé publique :

- **Une lecture multidimensionnelle (croisement des différentes données, acteurs, méthodes, ...).**
- **Un référentiel conceptuel précis pour la mise en place du processus (conception, réalisation, évaluation).**

27

Quelles préconisations pour l'action ?

- **Agir sur des déterminants « cognitifs » (ie. diffusion d'informations) ?**
- **Agir sur des déterminants « sanitaires » (ie. offre de soins, modes d'accès, prise en charge, relation médicale) ?**
- **Agir sur des déterminants « psychosociaux » (ie. identité, aspirations, compétences) ?**
- **Agir sur des déterminants « socio-économiques (ie. conditions de vie, insertion sociale) ?**

Une action conjointe sur différents types de déterminants (voir : Farmer, 2001) ²⁸

**Travailler avec l'approche RS
pour analyser les pratiques professionnelles
dans le champ de la prévention et de la prise en charge**

- **Quelles sont les représentations des professionnels concernant les publics visés et leurs conduites à risque ?**
- **Quelles sont les représentations des professionnels concernant leur rôle et leurs missions auprès de ces publics ?**
- **Quelles sont les représentations des publics concernant les risques, les situations de prise en charge et les professionnels ?**

29

**L'analyse des pratiques professionnelles à l'aide
de l'approche des RS : quels objectifs ?
(Apostolidis & Dany, 2014)**

- Faire émerger les représentations que les différents acteurs (plus particulièrement les professionnels) ont les uns des autres.
- Identifier et mettre en sens la nature de ce qui fait problème, de ce qui peut constituer une barrière socio-symbolique à la communication professionnels/publics, à l'accès aux droits des publics, ...
- Accompagner les professionnels vers une analyse réflexive sur leur propre engagement dans l'action par une explicitation de leurs pratiques et des logiques sous-jacentes à leur mise en œuvre, en se centrant en particulier sur l'influence des savoirs sociaux implicites qui peuvent intervenir dans ces pratiques.

• ...

30

Quels enjeux pour le chercheur ?

- **La confrontation entre connaissances scientifiques et impératifs de l'action constitue un enjeu majeur pour la production et la valorisation de la recherche.**
- **Il s'agit non seulement d'une opportunité pour montrer l'utilité des connaissances mais aussi d'un moteur pour renouveler les problématiques de recherche à partir des questions de terrain.**
- **Comment penser la relation entre la prévention en tant que demande sociale et la mobilisation des connaissances psychosociales ? (Le fait sanitaire est aussi un fait moral et « idéo-logique »).**