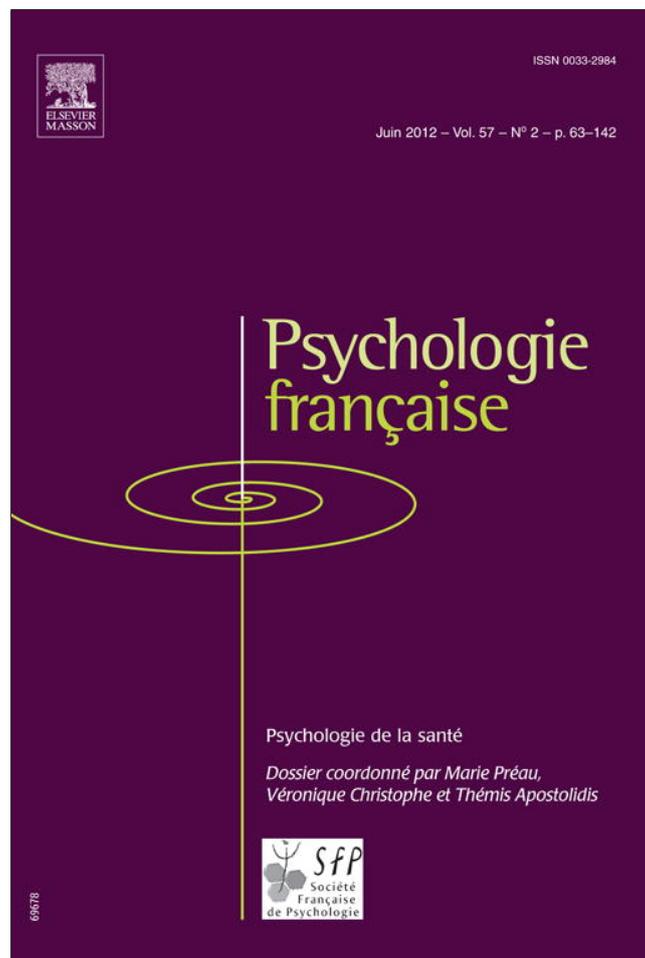


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales

*Social thought and risks in the health field:
The social representations perspective*

T. Apostolidis^{a,1,*}, L. Dany^{a,b,1}

^a Aix-Marseille université, LPS, 13621 Aix-en-Provence, France

^b Service d'oncologie médicale, Timone, AP-HM, 13385 Marseille, France

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 16 mars 2012

Accepté le 20 mars 2012

Mots clés :

Pensée sociale

Représentations sociales

Risque

Santé

Psychologie sociale

R É S U M É

La perspective théorique des représentations sociales constitue une approche alternative aux modèles dominants de la psychologie sociale qui visent à expliquer le risque et les comportements qui lui sont associés. Cette contribution vise à montrer, à travers des exemples portant sur le sida, les substances psychoactives et la précarité, comment les mises en représentation profane du risque actualisent des fonctionnements sociocognitifs complexes, en tant que formes de connaissances construites dans, et par des faits d'inscription et de participation sociales. Les mises en représentation des risques mobilisent des systèmes de pensée symptomatiques et préexistants ancrés dans le sens commun et constitués d'expériences sociales, d'apprentissages et de communications. Le regard des représentations sociales appliqué à la construction sociale du risque invite en psychologie de la santé

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Themistoklis.Apostolidis@univ-amu.fr (T. Apostolidis).

¹ Intérêts de recherche des auteurs : Thémis Apostolidis : représentations sociales ; processus sociocognitifs ; triangulation méthodologique ; risques sanitaires ; perspective temporelle. Lionel Dany : représentations sociales ; expérience psychosociale de la maladie ; risques sanitaires ; douleur chronique.

à prendre en considération le caractère multi-déterminé et pluri-raisonnable des comportements humains.

© 2012 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Social thinking
Social representations
Risk
Health
Social psychology

The theoretical perspective of social representations is an alternative approach to the dominant models of social psychology that explain the risk and behaviours associated with it. This contribution aims to show, through examples on AIDS, psychoactive substances and socioeconomic precariousness, how profane representations of the risk reveal complex socio-cognitive functioning, as forms of knowledge constructed in and through the facts of social inscription and social participation. The construction of risks' representation mobilize pre-existing and symptomatic systems of thought, rooted in common sense and made up of social experiences, learning and communications. The view of social representations applied to risk social construction prompts in the field of health psychology to consider the multi-determined and pluri-reasonable character of human behaviour.

© 2012 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Dès son apparition au cours des années 1970, la psychologie de la santé a été définie de façon programmatique comme un ensemble de contributions de la psychologie ayant pour fonction d'analyser, d'intervenir et d'améliorer le fonctionnement du système sanitaire (Matarazzo, 1982). De façon liminaire et consensuelle, elle a été marquée par le modèle biopsychosocial, qui est basé sur le principe de l'interaction dynamique de multiples facteurs d'ordre biologique, psychologique et social, à la base des comportements dans le domaine de la santé et de la maladie. Ce modèle a eu une valeur historique et pragmatique indéniable aux niveaux du développement des pratiques de la psychologie de la santé. Il a fait l'objet de plusieurs lectures critiques qui ont mis en exergue ses nombreuses limites sur les plans tant méthodologique que conceptuel (Morin, 2002). Parmi ces limites, on peut noter le caractère partiel de la problématisation du « social » dans l'approche « biopsychosociale », conçu uniquement comme un cadre extérieur à l'individu, dans une optique individualiste, linéaire et statique qui n'envisage pas la construction active de la réalité dans et par la participation sociale (Zani, 2002). Au-delà de ces critiques, il est intéressant de noter que la prégnance de ce paradigme fondateur auprès des psychologues de la santé a posé d'emblée comme incontournable l'intérêt pour l'étude des facteurs psychosociaux.

Ainsi, les aspects psychosociaux, qui sont à la base des comportements dans le domaine de la santé et de la maladie, sont devenus un thème transversal en psychologie de la santé. En outre, une revue des développements conceptuels dans ce champ disciplinaire amène à observer la part importante des modèles théoriques issus de la psychologie sociale (Bruchon-Schweitzer et al., 2000).

En France, au cours de ces dernières années, un espace de « psychologie sociale de la santé » s'est constitué en lien avec des demandes et des commandes sociales. Et ce, notamment à travers le développement des approches psychosociales centrées sur l'analyse des relations entre le contexte social et la santé. Ce thème représente un enjeu transversal (Fischer, 2002), aussi bien pour la recherche que pour la pratique professionnelle en devenir des psychologues de la santé.

2. L'étude des comportements de santé dans le champ de la psychologie de la santé

L'étude des comportements de santé occupe une place centrale en psychologie de la santé en raison, notamment, de l'importance accordée à cette question par les fondateurs de la discipline. Sans doute aussi, en convergence avec les finalités de santé publique qui ont placé la question des comportements de santé au cœur des enjeux des politiques sanitaires à un moment historique marqué par l'évolution du tableau étiologique de la mortalité dans les sociétés occidentales après les récents progrès de la science médicale (Morin, 2002 ; Paicheler, 2002). Dans ce contexte sociétal, le développement des travaux sur les comportements de santé a été largement influencé par certaines théories issues de la psychologie sociale (e.g., le *Health Belief Model* ou la *Theory of Planned Behavior*). Ces théories considèrent les comportements de santé comme des comportements sociaux, conçus schématiquement comme étant fonctions des attitudes et des croyances des individus et des groupes par rapport à des objets ou des situations.

Les bilans de ces modèles ont été plus que mitigés et leurs conceptions ambiguës et réductrices largement critiquées (Morin et Apostolidis, 2002). Par exemple, l'analyse de la sociogenèse dynamique de la « *logique de l'illogique* » (Windisch, 1982) qui peut présider aux comportements sexuels à risques dans le contexte du sida chez les individus motivés et, en général, très bien informés constitue encore aujourd'hui une brèche ouverte qui témoigne des apories de ces conceptualisations. Les enjeux qu'elle pose nous font prendre conscience qu'il est nécessaire de considérer le caractère symbolique de la connaissance humaine pour construire et donner sens à l'expérience du risque et de la maladie comme objet de savoir partagé (Radley, 1994).

Les cognitions, les affects et les comportements relatifs à la santé et à la maladie sont des lieux éminemment « chauds »² d'interactions de l'individuel et du social. La complexité et la dynamique des phénomènes auxquels nous sommes confrontés lorsque nous analysons la construction des objets santé et maladie à partir de la pensée de sens commun, au travers des *psychologies naïves* (Heider, 1958) du quotidien, nous met en présence d'un univers de cognitions de type « idéo-logique ». Par cognition « idéo-logique » nous entendons une correspondance et une réciprocité des perspectives entre l'ordre des idées et l'ordre social (Paicheler, 1984). Selon nous, la notion théorique de représentation sociale proposée par Moscovici (1961) constitue un cadre fécond pour poser un regard contextuel et compréhensif sur cette forme de pensée sociale en analysant les facteurs psychologiques, relationnels et sociaux qui concourent à sa construction et à ses modes d'actualisation. Cette perspective théorique constitue une alternative aux modélisations dominantes du risque et des comportements qui lui sont associés en psychologie de la santé (Joffe, 2003). Durant les cinquante dernières années, elle a permis de nourrir la réflexion et de maintenir l'actualité en psychologie sociale du projet conceptuel qu'avait ouvert Heider pour penser l'activité humaine de connaissance et les psychologies de sens commun (Farr, 1977).

3. Les représentations sociales : un regard sur la pensée ordinaire

Bien avant la naissance officielle de la psychologie de la santé dans le contexte français, la question de la maladie a occupé une place prépondérante dans l'approche des représentations sociales. Différentes contributions empiriques (Herzlich, 1969 ; Jodelet, 1989b ; Morin, 1996) ont montré la pertinence et la fécondité de cette approche dans l'analyse et la compréhension de la dynamique psychosociale en jeu dans la construction du rapport à la maladie et aux risques. Ces recherches ont permis d'illustrer comment la maladie, en tant que réalité représentée, renvoie à la mise en relation entre « l'ordre biologique » et « l'ordre social ». Ainsi, la principale contribution de l'approche des représentations sociales de la santé et de la maladie a été de montrer que « 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 » (Herzlich, 2001, p. 198).

² Cette expression désigne un certain type de cognitions qui sont imprégnées de processus affectifs faits de préférences et de répulsions témoignant ainsi de leur caractère sensible teinté d'enjeux sociaux (Beauvois et Deschamps, 1990 ; Markus et Zajonc, 1985).

Cette approche a mis en évidence l'assise sociale de la construction de la pensée ordinaire concernant la maladie, à travers notamment l'étude de la mobilisation des matériaux que fournit la culture (Jodelet, 2002). Les travaux sur les représentations sociales ont montré que 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 à des principes plus larges (appartenance, idéologie, intentionnalité) qui régissent les relations qu'entretiennent les individus avec les autres et le monde. Ces travaux ont permis de développer une problématisation plus holistique des phénomènes. C'est à travers ce type de contributions que la théorie des représentations sociales prend sa valeur heuristique de théorie paradigmatique en psychologie sociale, dont le rôle essentiel est de proposer une vision globale des relations et des comportements humains, « une vision de la nature humaine » (Moscovici, 2001).

Sans revenir sur une définition de la notion de représentation sociale³, nous ferons trois remarques afin de préciser notre intérêt pour ce paradigme dans le cadre de la psychologie sociale de la santé :

- premièrement, il s'agit d'un cadre théorique « intégrateur » (Morin, 1996) permettant de penser et d'étudier l'articulation entre dynamiques cognitives et psychologiques et situations relationnelles et sociales : correspondance entre les « formes intellectuelles » et les « divisions sociales » (Moscovici, 1961) ;
- deuxièmement, ce paradigme propose un modèle d'analyse de la pensée sociale qui dégage les mécanismes psychologiques et sociaux de sa production, ses opérations et ses fonctions (Jodelet, 1984) selon une conception qui pose l'individu comme sujet-acteur, socialement et culturellement situé, ayant une logique de maîtrise des situations ;
- troisièmement, ce cadre théorique pose le principe d'articulation entre systèmes de pensée et systèmes de comportement, des relations (orientation, légitimation) entre pratiques et représentations sociales (Abric, 1994), dans et par la considération de la correspondance entre « situations sociales » et « modalités de connaissance et d'action ».

On peut définir le regard des représentations sociales comme une lecture « multi-niveaux » qui analyse les « programmes de perception et d'action » mobilisés et actualisés dans la construction de la réalité sociale. Ce mode de lecture permet de mettre en place un travail de contextualisation pour analyser la pensée sociale dans le domaine de la santé et de la maladie (Morin et Apostolidis, 2002). Cette perspective s'intéresse aux catégories *émiques*⁴ de la santé et de la maladie et les étudie à travers les deux processus de construction d'un objet dans la pensée de sens commun, l'objectivation et l'ancrage. En se différenciant des approches dominantes dans le champ de la cognition sociale, l'approche des représentations sociales vise le dépassement, d'une part, de la rationalité en tant que modèle épistémologique pour penser l'homme (*sujet optimal* versus *sujet social*, voir Guimelli, 1999), et d'autre part, de l'opposition « rationnel/irrationnel » pour étudier les croyances dans le champ de la santé et de la maladie. Ainsi, cette approche rompt avec une tradition cognitiviste et individualiste en psychologie sociale qui se traduit par une conception déficitaire et intra-individuelle de l'activité cognitive impliquant la notion d'erreur (Joffe, 2003).

D'un point de vue opérationnel, deux notions permettent d'analyser la pensée ordinaire de la santé et de la maladie : celle de *sens* et celle de *filtre* (Apostolidis, 1994). La notion de *sens* renvoie à la signification attribuée à un objet donné, à la fois au niveau individuel et au niveau social. La notion de *filtre*, constituée par les réseaux d'ancrage des informations et des significations concernant l'objet, renvoie au cadre interprétatif « déjà-là » (Jodelet, 1984) à finalité pratique (maîtrise de la situation, guide pour l'action, expression). Cette notion permet d'envisager comment les constructions de la pensée sociale, sous forme de théories implicites, affectent le traitement des informations nouvelles sur les objets sociaux. Sur le plan théorico-méthodologique, il s'agit de recueillir dans un cadre raisonné des matériaux pour analyser :

³ Nous renvoyons à diverses définitions de cette notion (Abric, 1994 ; Doise, 1990 ; Jodelet, 1989a).

⁴ Ces catégories de pensée sont considérées comme des catégories propres à un contexte socioculturel donné. Le chercheur s'efforce de les étudier en adoptant une posture compréhensive et une « perspective de l'intérieur » (*insiders perspective*), et en les référant à leurs conditions psychologiques, relationnelles, sociales, culturelles et historiques de production.

- les processus d'élaboration des significations par des jeux d'ancrage et d'objectivation qui construisent les objets santé, risque et maladie ;
- leur caractère de formes de connaissance historiquement, culturellement et socialement située ;
- leur instrumentalisation dans l'interprétation et la maîtrise de la réalité sociale (étiologies et constructions des risques), et notamment leur rôle médiateur et régulateur des interactions avec les autres (sains/malades, soignants/soignés).

Ce travail devrait, selon nous, s'inscrire dans une perspective de triangulation. La triangulation repose sur un principe de validation des résultats par la combinaison de différentes méthodes visant à vérifier la validité des hypothèses de travail et à les approfondir (Apostolidis, 2003). À ce titre, la triangulation repose sur la mise en place d'opérations de croisement et de mélange (des méthodes, des techniques, des données, des apports disciplinaires, des orientations théoriques, etc.) permettant d'orienter la recherche (objectifs, problématique) et d'étudier les différents aspects des influences contextuelles qui s'exercent sur la production et sur la dynamique des représentations. Ainsi, à travers les différentes formes qu'elle peut prendre, la triangulation constitue un espace de travail permettant de mettre en place des pratiques de recherche basées sur une posture compréhensive et d'ouverture. Le chercheur doit rester sensible à la « découverte », s'efforcer de questionner et d'analyser la « logique » interne de production et d'actualisation des représentations (cf. leurs aspects « subjectifs » et « sociaux »).

4. Le risque en tant que réalité représentée : illustrations

La notion de risque est omniprésente dans le langage quotidien contemporain de nos sociétés (Beck, 2001), en tant que catégorie experte ou profane. Pour le chercheur, il s'agit d'une notion difficile à conceptualiser en raison de sa complexité et de sa polysémie (Paicheler, 2000 ; Peretti-Watel, 2000)⁵. Dans le champ des « batailles », pour définir le risque (risque-réalité versus risque-représentation), différentes contributions psychosociales se résignent à la comparaison et à la polémique stérile et idéologiquement redoutable « pensée savante versus pensée profane ». Ce mode de conceptualisation, et selon nous de réification du risque, explique, pour reprendre une formule de Moscovici (1992b), « l'obscur par l'obscur ». Pour l'approche des représentations sociales, et plus généralement pour les approches socioconstructionnistes ou anthropologiques (Douglas, 1992), ce qui sert de postulat c'est que le risque, savant ou profane, est l'objet d'une construction éminemment sociale (Lupton, 1999).

Dans cette optique, en nous appuyant sur une synthèse de différentes illustrations empiriques, nous nous attacherons à montrer comment les mises en représentation profane du risque actualisent des fonctionnements sociocognitifs complexes⁶. Par « mises en représentation », nous entendons l'idée que le risque est une construction sociale qui implique un ensemble d'enjeux à la fois individuels et sociaux qui, d'une part, s'actualise *dans* et *par* les situations auxquelles sont confrontés les individus et les groupes et, d'autre part, mobilise des cadres de pensée « déjà-là », préexistants au sein de la structure sociale. À ce titre, la construction du risque traduit un lien dynamique entre le sujet (individuel et collectif) et l'objet. Cette construction s'élabore *dans* et *par* des faits d'inscription et de participation sociales. L'objet constitue un support d'élaboration, d'actualisation, de confrontation et d'expression des formes de connaissances visant à le circonscrire et à le maîtriser. L'objet risque, en tant que substrat des relations sociales, mobilise des modes de pensée qui ne sont pas seulement contenus dans lui-même (au sens ontologique) mais aussi dans le sujet qui pense (au sens épistémique). Pour illustrer cette perspective, nous aborderons successivement la construction du sens du risque, le rôle du filtrage sociocognitif concernant l'information sur les risques, enfin, nous interrogerons le rôle des croyances et la coexistence de différentes formes de connaissances relatives au risque.

⁵ La notion de risque peut s'appliquer à un ensemble infini d'événements potentiellement dangereux et susceptibles de se produire, des événements différents du point de vue de la contrôlabilité (interne/externe), de la temporalité (court terme/long terme) ou encore de la gravité (risque/péril)...

⁶ Des fonctionnements analogues président également la construction du risque expert (Fleck, 2005). Une démarche en termes « d'archéologie du savoir » (Foucault, 1969) serait très utile pour étudier la construction « idéo-logique » du risque dans le champ de la psychologie de la santé.

4.1. Sexualité et sida : logique du sens et construction des risques

Le constat est aujourd'hui partagé : l'expérience du sida a aussi constitué un contexte « quasi-expérimental » pour les sciences de l'homme et de la société dans la mesure où, convoquées à contribuer aux finalités de prévention et de prise en charge face au danger épidémique, elles ont confronté leurs concepts et leurs outils à la réalité in vivo de l'expérience individuelle et sociale de cette maladie. Le sida a constitué un véritable fait sociétal d'exception dans les sociétés occidentales : création d'une journée mondiale pour une maladie (Grmek, 1989), retour en force dans l'espace public des catégories « archaïques » comme celle de la contagion (Laplantine, 1994) et développement de la recherche sur cette thématique dans des circuits spécifiques et labellisés. Dans le contexte de cette maladie emblématique, un des premiers objectifs de santé publique en France a été de diffuser une connaissance appropriée à la prévention des risques d'infection et de veiller à ce qu'une information adaptée soit transmise et bien reçue afin de modifier les comportements à risques dans le domaine de la sexualité en particulier. L'histoire de la lutte préventive contre le sida est émaillée de bilans s'appuyant sur de nombreuses enquêtes de type épidémiologique focalisées sur un suivi des connaissances, des attitudes, des croyances et des comportements, en population générale. De façon transversale et récurrente, différentes observations mettent en évidence, aujourd'hui comme hier, l'existence de relations complexes entre connaissances, attitudes et comportements (niveau d'information et engagement dans des comportements à risques, connaissances acquises et connaissances fonctionnelles), et la variabilité des conduites de prévention en fonction des situations (usage du préservatif en fonction des situations et des partenaires). La compréhension de l'adoption des « stratégies préventives à risque »⁷ a posé l'impératif du dépassement d'une vision individualisante des comportements sexuels, pour penser le contexte interactif qu'impliquent ces comportements en tant que formes de relations interpersonnelles et sociales (Apostolidis, 1994).

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé différents travaux de type qualitatif et quasi-expérimental sur les représentations de la sexualité et la construction du risque lié au VIH. Rappelons brièvement deux principaux constats issus du dispositif qualitatif de recherche :

- de quoi parle-t-on quand on parle de sexualité ? Nos analyses des représentations de la sexualité nous ont conduit à considérer la référence à l'univers de l'amour et des sentiments amoureux comme un lieu de mise en discours dans la construction du rapport au sexuel. En filigrane des multiples facettes d'appréhension et de formation de la sexualité en tant qu'objet représenté, on peut observer que la thématique de l'amour actualise un mode de construction distinctif de différents types de relations sexuelles : quand il y a de l'amour et quand il n'y en a pas, « avec » ou « sans » sentiments amoureux. Sur les plans sémantique et argumentatif, l'étayage de cette distinction en tant que « lieu commun » de représentation (partagé, ordinaire, de vérité commune, qui se fait ensemble), mobilise des « systèmes d'opposition » qui inscrivent de façon multiple la différence entre les deux formes relationnelles dans des univers cognitifs et sociaux plus larges et fondamentaux pour l'individu et la société (sale versus propre, dedans versus dehors, beau versus laid, éphémère versus durable. . .). Deux caractéristiques isomorphiques du régime discursif sous-tendent cette mise en représentation :
 - l'expression d'un jugement distinctif qui assigne un statut ou un potentiel à part, d'exception, pour les relations « avec » versus « sans »,
 - la construction de ce jugement par des jeux de représentation mettant en discours des élaborations, s'apparentant à des « thèses », qui l'incarnent (par objectivation) et le légitiment (par ancrage). Ces « thèses » puisent dans l'imaginaire, le symbolique, le social, dans l'expérience du sujet, ainsi que dans l'expérience collective. Cette double isomorphie au niveau du régime discursif illustre comment, diversement, mais de façon analogique, d'autres systèmes de représentations s'actualisent et s'expriment dans ce lieu partagé de représentation. Ce dernier constitue un lieu d'articulation des constructions individuelles de distinction des relations sexuelles et des univers

⁷ Il a été très tôt observé en France (*Enquête ACSF, Spira et al., 1993*), la prééminence en population générale des stratégies « à risque » de sélection du partenaire (je fais l'amour avec des personnes dont je suis amoureux ; je fais l'amour avec des personnes que je connais) et leur coexistence avec un niveau très élevé de connaissances.

sociaux de distinction plus vastes et constitutifs de la vie avec les autres et la société (Apostolidis, 2002) ;

- l'étude des cultures relationnelles, façonnant les confrontations interindividuelles intimes, nous a amenés à analyser différentes stratégies « préventives » en lien avec les risques liés au VIH. Variant tant du point de vue intra-individuel que du point de vue interindividuel, nombre de ces stratégies renvoient à des modes de prévention bricolés et variables, faits d'écarts entre connaissances et pratiques, entre décisions et actions, à partir de conduites fluctuantes en fonction des partenaires, des espaces de rencontre (familiers versus impersonnels), des climats relationnels (confiance en tant que « bien interpersonnel ») et des aléas des situations (désirs et sentiments éprouvés, excitation et laisser-aller). Nous les avons analysées comme des formes de bricolage d'une « autre prévention » (Apostolidis, 2000), comme des associations composites de savoirs véhiculés par les campagnes de prévention (usage du préservatif) et de savoirs ancrés dans des conceptions préexistantes au sein de la structure sociale concernant la sexualité (licence sexuelle et maladie, lieux de vénalité, groupes à risque, sexualité avec ou sans sentiments amoureux). Les différentes stratégies (tri sélectif des partenaires, usage du préservatif selon les cas, attente, présomption, déni) ne s'excluent pas mutuellement, mais coexistent souvent au sein d'une même trajectoire individuelle et en fonction des contextes relationnels (e.g. utilisation à géométrie variable du préservatif en fonction des caractéristiques du partenaire).

Parmi les paramètres en fonction desquels se construit le potentiel sentimental perçu, nous avons identifié le rôle modalisant du délai séparant le début d'une rencontre de son aboutissement en une relation sexuelle, les relations sans délai étant associées à l'univers des relations sans sentiments amoureux (superficielles, éphémères, vénales, égoïstes, à risque). Ce principe d'attente s'est révélé également signifiant pour saisir les ressorts psychosociaux (sens, intention, fonction) de l'adoption des stratégies préventives face au sida (sélection ou évitement des partenaires, confiance, utilisation variable du préservatif).

Nous avons retenu cette dimension de délai comme règle de conduite (rapport avec ou sans délai) pour construire un protocole expérimental à l'aide de vignettes⁸. Plusieurs recherches ont été réalisées auprès de populations d'étudiants de différents pays européens : France, Portugal et Suisse (Apostolidis et Deschamps, 2003). Deux principaux résultats se dégagent de ces différentes recherches. Le premier met en évidence que la valence sentimentale en jeu dans une relation sexuelle est fonction de la variable délai. L'effet modulateur de cette variable illustre le rôle de l'attente dans la construction des états amoureux (Barthes, 1977) et l'enracinement de ce mode de construction dans l'arrière-fond des significations (sentimental versus sexuel) que médiatise l'amour en tant que catégorie culturelle. L'incidence de ce mode de représentation montre la prégnance d'une norme romantique dans la perception d'autrui engagé dans une relation intime sexuelle. Cette règle de construction socialement normée est partagée et valorisée dans tous les contextes nationaux étudiés et traverse les frontières de genre (peu ou pas de différences en fonction du sexe des sujets).

Le second résultat souligne que la construction des risques liés au sida dans le contexte d'une relation sexuelle dépend de la signification donnée à la relation : le risque perçu varie en fonction de la valence sentimentale attribuée. Les résultats de ces recherches montrent comment cette construction est fonction du principe distinctif « sentimental versus sexuel », principe qui donne du sens aux relations sexuelles. Ils illustrent comment le sida apparaît comme une maladie associée davantage à une sexualité sans sentiments amoureux.

La construction du risque VIH, dans le contexte des relations sexuelles, apparaît comme une activité éminemment symbolique, qui dans ce contexte, renvoie à un processus d'insertion de l'objet dans un système organisé de représentations exprimant une valeur sociale. Ce mode de construction s'inscrit dans l'univers des valeurs de la culture occidentale (e.g. la distinction entre une sexualité valorisée et une sexualité dévalorisée). En effet, la codification évaluatrice et idéalisatrice de la sexualité

⁸ On présente aux sujets, en fonction des conditions expérimentales, un scénario de rencontre aboutissant à une relation sexuelle dans des situations avec ou sans délai (une semaine après la rencontre ou le soir même). Les sujets doivent ensuite donner leur avis sur le scénario présenté en répondant à différentes questions portant sur la valence sentimentale de la relation, l'image des partenaires impliqués et le risque VIH perçu.

sous le prisme de l'*idée-source* de l'amour est prégnante historiquement et constitue une forme de « *représentation hégémonique* » (Apostolidis, 2003). Elle renvoie à une distinction culturellement fondamentale qui médiatise des principes d'idéalisation et d'idéologisation dans les vécus des sexualités occidentales. Au cours de l'histoire, cette distinction a joué un rôle de « noyau signifiant » au cœur de la prophylaxie morale face aux maladies sexuellement transmissibles (e.g. la syphilis comme maladie de la sexualité de « bas étage »). La mobilisation de ce « noyau signifiant » face au VIH montre qu'au travers de l'expérience de la maladie, comme au travers des domaines essentiels de la vie humaine, aujourd'hui comme hier, « les hommes ne vivent pas seulement d'information : il leur faut aussi des significations » (Moscovici, 1992a). Cette activité de construction des significations puise dans la « boîte à outils » qu'offre la culture (Bruner, 1990).

Afin d'aborder la question du filtrage sociocognitif de l'information sur les risques liés à la santé, nous poursuivrons en nous appuyant sur une série de recherches concernant la construction de l'objet cannabis chez les jeunes.

4.2. *Jeunes et cannabis : filtrage sociocognitif de l'information sur les risques*

Depuis quelques années, en France, l'usage du cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes est devenu un enjeu de santé publique. Les études épidémiologiques montrent que le cannabis est la substance illicite la plus consommée et estiment qu'à l'âge de 18 ans, près d'un jeune sur deux l'a expérimentée (Beck et al., 2002). D'un point de vue psychosocial, il est intéressant de mieux connaître les représentations qui façonnent les relations entretenues avec cette substance pour analyser le contexte contemporain de la consommation de cannabis chez les jeunes, cibles privilégiées des dispositifs de communication et d'éducation sanitaire. Outre l'intérêt que peuvent avoir ces connaissances en termes de santé publique, pour penser notamment les questions de prévention, l'étendu de l'usage actuel du cannabis confronte le psychologue social à un phénomène particulièrement intéressant du point de vue normatif : près d'un jeune sur deux déclare avoir consommé une substance illégale. Ce qui confère à l'objet cannabis un statut psychosocial conflictuel entre deux repères normatifs : d'un côté, il apparaît « commun » et normalisé (Hammersley et al., 2001) au sein des « cultures jeunes » (loi des pairs), de l'autre, il renvoie à un comportement déviant, pénalisé par la loi (loi pénale). Cette « tension normative » qui structure le rapport à l'objet rend encore plus pertinente une piste de travail qui consiste à examiner le phénomène de la normalisation de l'usage, non seulement sous l'angle de la « norme statistique », mais aussi sous le prisme de la « norme culturelle » qui donne sens aux usages contemporains (Pearson, 2001).

Dans le contexte français, la dangerosité du cannabis et sa définition en tant que drogue sont devenues des questions polémiques et centrales dans le débat social, notamment en raison des incertitudes scientifiques concernant les risques encourus par l'usage de cette substance (Peretti-Watel, 2000)⁹. Le statut d'objet polémique et polysémique sur lequel se focalise le débat social fait du cannabis un objet psychosocial complexe et intéressant à problématiser dans l'optique des représentations sociales (Moliner, 1993). Nous nous sommes alors intéressés aux phénomènes représentationnels et aux fonctionnements sociocognitifs qui interviennent dans la régulation des usages de cette substance.

Les résultats des premiers travaux menés pour explorer le contenu du champ représentationnel du cannabis nous ont permis d'observer que le cannabis n'était pas perçu de façon identique en fonction des relations que les individus entretiennent avec la substance (usage, ex-usage, non-usage), et notamment concernant son inscription dans l'univers des drogues (Dany et Apostolidis, 2002). Ces constats corroborent les observations des recherches épidémiologiques en France qui montrent la place ambiguë et spécifique qu'occupe le cannabis dans cet univers (Beck et al., 2002). D'autres travaux ont mis à jour que la référence à l'univers des drogues (drogue ou pas drogue ; assimilation ou pas aux drogues

⁹ La communication opérée par les médias illustre parfaitement la perception « plurielle » et le caractère polémique qui prédominent dans le débat social au sujet de cette substance (« *Cannabis, l'état d'alerte* », Le Figaro, 22 février 2005). Et plus particulièrement la diffusion par les médias d'informations provenant de recherches scientifiques : à l'occasion de la diffusion de l'expertise de l'Inserm sur les effets de la consommation du cannabis sur la santé le 22 novembre 2001, deux quotidiens nationaux parmi les plus grands, datés du 23 novembre 2001, titraient : « *Une étude de l'Inserm relativise les dangers de la consommation du cannabis* » (Le Monde) / « *Les dangers du cannabis reconnus* » (Le Figaro) (Dany et Apostolidis, 2002).

dures) est une dimension organisatrice du champ représentationnel du cannabis (Apostolidis et al., 2006a, b). Par exemple, la définition du cannabis en tant que drogue constitue un facteur important de structuration des réponses concernant les risques associés à l'usage de cette substance.

Les résultats de ces travaux attestent du caractère normatif de la construction des représentations du cannabis (cf. un état représentationnel organisé par la polémique, révélateur et symptomatique d'un état social). La dynamique de cette organisation sociocognitive est fortement modulée par les pratiques de consommation (usage du cannabis ou pas) et de polyconsommation (alcool, tabac) des individus, voire de la distance qu'ils entretiennent avec le cannabis (Dany et Abric, 2007).

Ce mode de mise en représentation peut être interprété comme révélateur d'une attitude « défensive » (Dany et Abric, 2007 ; Dany et Apostolidis, 2002) de la part des consommateurs de cannabis pour atténuer le marquage social négatif de l'usage de la substance (e.g. comportement déviant, dangereux ; sujet de focalisation des politiques socio-sanitaires). Plus globalement, chez les jeunes usagers, ce mode de construction de la substance peut être envisagé comme une stratégie sociocognitive de neutralisation des risques de stigmatisation sociale (association à l'image dépréciative du drogué). Et ce, dans un contexte sociétal particulier où les jeunes usagers doivent composer avec le caractère fondamentalement contradictoire de cet objet, d'une part « normalisé » dans les modes de vie avec les pairs, et de l'autre, « déviant » et « dangereux ».

L'analyse des stratégies sociocognitives de neutralisation des risques liés au cannabis, et plus globalement de la question du « déni du risque » (Peretti-Watel, 2003), constitue non seulement un enjeu intéressant de connaissance, mais aussi un enjeu important pour la prévention. Et ce d'autant plus que la représentation de la substance en tant que drogue semble influencer fortement l'initiation précoce à l'usage (Apostolidis et al., 2006a, b).

Ces enquêtes socio-représentationnelles nous ont permis de repérer et d'analyser certains raisonnements concernant la définition du « devenir drogué au cannabis » qui puisent dans les « biologies » et les psychologies naïves façonnant les modes de vie et de socialisation entre pairs (Becker, 1985). Dans ces raisonnements, la dangerosité de la substance (e.g. *dépendance, conséquences sanitaires et sociales*) et la perception du consommateur comme un drogué se construisent de manière conditionnelle en fonction des modes et des contextes d'usage (*occasionnel/quotidien, seul/en groupe*) qui renvoient à la relation supposée entre l'usager et la substance (Dany, 2008). De façon analogue avec ce qui a déjà été mis en évidence au sujet de l'alcool dans la société française, le « bien-fumer » apparaît comme une norme de conduite à laquelle déroge celui qui fume trop et/ou seul, passant ainsi du statut de quelqu'un de convivial à celui de drogué potentiel.

Sur la base de ces premières analyses, nous avons construit un dispositif quasi-expérimental pour tester l'hypothèse que le risque perçu de dépendance que peut induire un usage régulier de cannabis est fonction des modalités d'usage (collectif versus solitaire) et des représentations préexistantes de cette substance (Apostolidis et Roche, 2002)¹⁰. Comme attendu, les résultats ont montré que la dépendance perçue varie significativement en fonction des modalités d'usage induites expérimentalement (e.g. seul > groupe). Dans le même temps, cette norme de jugement est modérée par les représentations antérieures des participants à propos du cannabis. En effet, nous avons observé que l'induction expérimentale n'a d'effets qu'en fonction des positions sur la dimension organisatrice du champ représentationnel du cannabis étudié à partir des réponses au questionnaire pré-expérimental (facteur « c'est une drogue » versus « ce n'est pas une drogue »).

Ces résultats confirment l'hypothèse théorique concernant le rôle des représentations « déjà-là » qui agissent en tant que filtres sociocognitifs pour traiter l'information sur les risques. Les *théories* que le sujet psychosocial a de la situation constituent des systèmes d'accueil, de décodage et d'interprétation des informations provenant de la réalité sociale. En ce sens, l'étude des processus sociocognitifs dans une optique résolument psychosociale implique nécessairement la prise en compte des contenus de représentation. Ce constat incite, selon nous, à s'intéresser aux cadres interprétatifs « déjà-là »,

¹⁰ Les sujets, des étudiants, étaient invités à répondre à un questionnaire d'opinions pré-expérimental sur le cannabis. Ensuite, ils prenaient connaissance d'un scénario mettant en scène une interview fictive d'un jeune usager régulier de cannabis dans différentes conditions d'usage (induction expérimentale : seul ou en groupe). Après avoir lu ce scénario, les sujets devaient notamment évaluer la dépendance de l'acteur.

collectivement partagés à un moment historique donné, qui fournissent un mode d'emploi pour interpréter et maîtriser les risques, et plus globalement notre devenir en société.

4.3. *Croyances dans le domaine des risques liés au VIH dans un contexte de précarité : la coexistence dynamique des modes de connaissances*

Les croyances constituent depuis la naissance de la psychologie sociale un domaine d'étude qui, malgré la légitimité épistémique de son intérêt, se trouve voilé par un flou notionnel, une délimitation hasardeuse et une conceptualisation qui se heurte à des hiatus sémantiques. Le vocabulaire psychosocial relatif à la taxinomie des phénomènes qui sont à classer dans l'univers des croyances, recouvre un large éventail de notions (croyance, mythe, pensée magique, irrationalité, biais. . .). Lorsque l'on évoque la question de la croyance en psychologie sociale, nous sommes souvent confrontés à l'opposition rationnel versus irrationnel. De plus, le sens de cette opposition est souvent relatif au principe de la « raison » et à la valeur qui lui est assignée.

Pour nous, les croyances en tant que modes de représentation renvoient à des productions mentales sociales qui doivent être analysées au cœur même de la vie sociale, là où le sujet qui croît, individuel ou collectif, est pris dans des systèmes de rapports sociaux et symboliques. Cet axe de problématisation conduit à dépasser les apories des approches dominantes en psychologie sociale qui conceptualisent la connaissance du monde de façon unidimensionnelle et évaluative telle une activité délibérée obéissant aux règles de l'analyse scientifique (Joffe, 2003). Ces approches adoptent ainsi une attitude « polémique » à l'égard des phénomènes de croyance (cf. le critère « vrai »/« faux » dans la distinction entre *knowledge* et *belief*).

Ce mode de connaissance sociale du monde est ancré dans des savoirs socialement partagés (cf. de sens commun) et coexiste, de manière dynamique, avec d'autres modes de connaissance, appuyés sur des savoirs plutôt experts (cf. les connaissances diffusées par les campagnes de prévention). Cette coexistence permet d'observer un état de *polyphasie cognitive* (Moscovici, 1961), c'est-à-dire un état de coexistence dynamique de formes distinctes de raisonnement qui permettent de situer ce qui est à risque et dont l'actualisation est régulée par des facteurs contextuels et sociaux (e.g., l'utilisation variable du préservatif en fonction du partenaire et de la situation de rencontre). Cette notion de polyphasie cognitive constitue une piste potentiellement féconde pour étudier la construction des risques sanitaires dans le cadre de l'expérience quotidienne et des rapports entretenus avec les autres et le monde, et ce, à partir des modes de connaissance mobilisant simultanément des savoirs scientifiques et des savoirs de sens commun.

Cette piste conceptuelle a été mise à l'épreuve lors de recherches centrées sur les représentations du sida et des relations aux systèmes de soins chez de jeunes adultes vivant dans des conditions de précarité. Dans le cadre d'une première recherche par entretiens, sur les valeurs et les problèmes de jeunes en situations de précarité à Marseille et dans sa région (Eisenlohr, 2005), nous avons observé une focalisation des discours sur le sida. Sur le plan de la posture subjective, les manières de parler du sida étaient colorées de sentiments de peur, d'incertitude et de vulnérabilité face à un danger difficile à circonscrire et à maîtriser, à une menace présente dans l'environnement proche, dans l'univers des relations quotidiennes des interviewés (famille, amis, quartier, rue. . .) et des relations de soins (soignants, hôpital. . .). Sur la base de l'analyse de ces matériaux, nous avons posé comme hypothèse de travail que la construction du sida dans les contextes de précarité offre un cadre pertinent pour étudier le rapport à la maladie en tant que forme d'expression des relations qu'entretiennent les individus avec les autres et le monde (Herzlich, 2001). Avec cet objectif, nous avons réalisé successivement deux autres recherches, combinant entretiens et questionnaires, sur les représentations des risques associés au sida.

Parmi les résultats les plus signifiants, notons la prégnance des croyances contagionnistes pour objectiver les risques liés à cette maladie, notamment à partir des ancrages dans des oppositions plus larges de sens commun (e.g. sale versus propre ; Eisenlohr, 2005). Ces croyances, qui pourraient être qualifiées de « fausses » par rapport au savoir médical, coexistent avec les connaissances scientifiques validées et présentes dans le discours préventif concernant les risques de contamination par le VIH (e.g., être contaminé par le biais du sang ou de la malpropreté des WC publics). L'incidence de ce mode de représentation, anthropologiquement fondamental (Laplantine, 1986) et cognitivement

prototypique (Bishop, 2000) dans le rapport des hommes à la maladie, a été déjà très finement analysé dans la construction sociale de l'objet sida et des savoirs prophylactiques de sens commun. Différentes contributions empiriques ont montré que l'élaboration des systèmes de représentations du sida mobilise conjointement ces savoirs profanes ancrés dans l'univers de la contagion avec des savoirs d'ordre médical et expert (Jodelet, 1989a). L'utilisation, par les individus et les groupes sociaux, de cette double référence pour maîtriser les risques a démontré l'efficacité limitée des campagnes d'information pour modifier les attitudes et les comportements ainsi que les limites d'une conceptualisation des « fausses croyances » comme des connaissances plus ou moins justes (Morin, 2004).

Par rapport aux enjeux de santé publique, la représentation du soin en tant que situation à risque pourrait constituer un frein à l'accès aux dispositifs de prise en charge pour les populations précarisées. L'analyse des discours recueillis permet d'observer que la crainte d'une contamination par le sida dans ces contextes imprègne de façon « naturelle » (Jodelet, 2003) les mises en représentation du risque, comme quelque chose de « normal », d'envisageable *dans* et *par* la succession d'événements hypothétiques, possibles et difficilement maîtrisables par les individus. Ces mises en représentation sont construites dans des raisonnements découlant d'une logique de causalité fondée sur le principe du « si. . . ». Elles dévoilent des postures subjectives colorées par l'inquiétude et la peur qui expriment une attitude de méfiance généralisée face à la négligence redoutée des autres en général, et du personnel soignant en particulier.

L'interprétation de ces phénomènes n'est pas simple et pose plusieurs questions complexes. À commencer par celle qui concerne l'état de connaissance du monde que révèlent ces formes de construction du risque (risque possibilité) qui, quoi que « fantasmatisques » au regard de l'observateur extérieur, sont vécues de façon signifiante (souffrance, peur diffuse) par les sujets qui objectivent le soi menacé au travers de ces mises en scène narratives hypothétiques et prospectives (Bruner, 1990). Selon nous, ces constructions du risque (l'hôpital comme un territoire hautement dangereux) expriment et signifient une configuration des rapports sociaux et symboliques (méfiance à l'égard du système de soins et de ses acteurs). Ces mises en représentation peuvent être interprétées comme des phénomènes révélateurs de ruptures du lien social, et plus globalement du processus de « désaffiliation sociale » (Castel, 1995), processus qui marque les vécus individuels et sociaux dans l'espace des précarités. Ainsi, ces fonctionnements représentationnels permettent d'identifier les médiations psychosociales (e.g. climats de confiance/méfiance) actualisées au sein de la relation soignant/soigné. Cette relation se construit en termes de clivage et de statut social, elle est investie de doutes et d'émotions à partir de la place sociale et symbolique d'exclu (e.g. positionnement centre/périphérie). À travers ces expériences subjectives des risques, on peut observer, selon nous, l'expérience de désintégration sociale dans laquelle vivent des individus en situation de précarité. Cette expérience se traduit notamment par la perte de cette ressource symbolique que constitue la confiance en tant que « bien » d'appartenance et d'affiliation (Maisonneuve, 1966).

Cette perspective atteste de l'intérêt de considérer les croyances sur les risques autrement que comme des construits « erronés » du monde profane, en se tournant du côté de la situation sociale que la pensée doit maîtriser pour examiner ces dernières. Cette perspective demande selon nous de partir de la « facticité » de ces phénomènes pour cerner l'interdépendance dynamique entre le psychologique et le social, en jeu dans la construction de ce mode de connaissance de la réalité.

5. Conclusion

Nous pensons avoir illustré, à l'aide de différents objets et interrogations au cœur des enjeux de santé publique (sida, substances psychoactives, précarité), que la construction sociale des risques sanitaires implique des dimensions symboliques, affectives, idéologiques et culturelles. Dans cette perspective, les mises en représentation des risques mobilisent des systèmes de pensée symptomatiques et « déjà-là », autrement dit, des systèmes révélateurs et préexistants, vecteurs de la culture et des enjeux d'inscription et de participation sociales. Elles inscrivent l'objet dans un système de représentations exprimant une valeur sociale (e.g., risque concernant le VIH et univers de l'amour).

Le risque sanitaire, en tant qu'objet d'investigation, nécessite selon nous la mobilisation d'un cadre d'analyse pluriel sur les plans disciplinaires, théoriques et méthodologiques. Notre travail vise à montrer la contribution et l'intérêt d'une approche qui s'inscrit dans le champ de la psychologie sociale

de la santé pour répondre à cet objectif général. Les différentes recherches présentées attestent de l'intérêt de l'approche des représentations sociales pour mettre à l'épreuve de l'empirie les jeux d'imbrication et de correspondance entre les facteurs psychologiques (affectivité, intentionnalité), relationnels (échanges interpersonnels, relations sociales) et sociaux (valeurs, insertions sociales) qui concourent à la construction et à l'actualisation des cognitions de type « idéo-logique » mobilisées dans le rapport aux risques et les comportements qui y sont liés.

Notre approche offre un regard contextualisant et compréhensif pour analyser la pensée sociale profane comme forme de pensée différente de la pensée scientifique mais efficiente dans le rapport ordinaire au monde de l'expérience quotidienne qui façonne nos comportements de santé et plus largement notre vie en société. Ce regard « multi-niveaux », nécessairement décentré, car intéressé par la « logique » interne des phénomènes, peut nous permettre de montrer comment les mises en représentation des risques sont des lieux éminemment « chauds » d'interactions complexes entre l'individuel et le social. L'approche des représentations sociales constitue un cadre alternatif pour analyser ces états mentaux ordinaires et intrinsèques à la nature humaine (Searle, 1995) et pour étudier le « phénomène commun » (Moscovici, 1988) dans ses différentes métamorphoses et constellations (e.g. *knowledge/belief*; risque probabilité/risque possibilité).

Les univers représentationnels analysés nous confrontent à une forme de pensée qui présente trois caractéristiques topologiques :

- cette forme de pensée puise dans des univers symboliques socialement élaborés et partagés et mobilise une « épistémologie » de sens commun pour construire les risques sanitaires (e.g. logique du sens et raisonnement, pré-construits et traitement différencié de l'information) ;
- cette forme de pensée est subjectivée, vécue, énoncée et signifiée à travers le filtre de l'expérience que le sujet psychosocial, individuel ou collectif, fait de la réalité du monde en général, et du risque représenté en particulier (e.g. affectivité, intentionnalité et maîtrise des situations, expressivité) ;
- cette forme de pensée mobilise de manière composite et *polyphasique* des modalités distinctes de connaissance de la réalité du risque (e.g. savoirs médicaux, savoirs sociaux, savoirs affectifs, savoirs sensibles) en fonction des interactions, des relations sociales et des situations auxquelles la pensée est confrontée.

Bien évidemment, la conceptualisation de cette forme de pensée pose des questions très complexes et fondamentales par rapport à l'expérience humaine du risque. Notre objectif est avant tout de souligner la nécessité de s'intéresser à des phénomènes tout à fait ordinaires et quotidiens que notre regard ne doit ni mépriser ni occulter. La complexité des phénomènes par lesquels notre regard est interpellé appelle sans cesse à des contextualisations nouvelles et des repositionnements pour étudier les cognitions, les affects et les comportements relatifs au risque et, en toile de fond, à la santé et à la maladie. Il s'agit là d'un enjeu conceptuel considérable et d'un impératif pragmatique pour le développement de la psychologie sociale de la santé. Dans cette perspective, l'approche des représentations sociales est à la fois légitime et potentiellement heuristique, notamment pour étudier les processus sociocognitifs impliqués dans les régulations et transformations des comportements de prévention et/ou de prise de risques.

On peut aborder de diverses manières la question de la conceptualisation de l'activité représentationnelle en psychologie sociale. Il nous semble important de souligner tout particulièrement les enjeux théorico-méthodologiques associés à la prise en compte de la double nature de la représentation en tant que pensée constituante et pensée constituée. L'étude des contenus de représentation dans une perspective ouvertement sociocognitive d'articulation système cognitif/métasystème social (Doise, 1990) présente à ce titre un intérêt majeur. D'une part, elle permet une étude plus systématique des aspects processuels (e.g. le rôle des pré-construits « déjà-là » qui affectent la connaissance des objets). D'autre part, elle dévoile l'incidence dynamique du social sur les fonctionnements cognitifs, en tant que système d'inscription et en tant que système de relations. Il nous semble important d'insister sur les nombreuses implications de la prise en compte des contenus de représentation – pour une approche contextualisée des processus sociocognitifs – dans une période où la tendance est de travailler sur des phénomènes socialement et culturellement épurés.

La pluralité des modes de connaissance du sujet psychosocial et les conditions de coexistence dynamique et d'actualisation de ces connaissances constituent un axe de travail à approfondir. Il s'agit là d'un enjeu théorique plus général pour toute orientation sociocognitive en psychologie sociale (Beauvois et Deschamps, 1990). L'hypothèse déjà esquissée de la *polyphasie cognitive* dans le cadre de la théorie des représentations sociales est au cœur de ce questionnement. Les différents modes de connaissance de la réalité ne sont ni juxtaposés, ni en alternance mécanique, ni a fortiori en opposition, leur coexistence puise dans la dynamique du lien social et de la maîtrise des situations. Il semble clair que ce n'est qu'en précisant un cadre pour penser ensemble des réalités jusqu'alors envisagées distinctivement, voire hiérarchisées, et opposées au nom d'une critériologie positiviste (e.g. *knowledge* versus *belief*) que nous pourrions avancer au niveau de l'analyse du fonctionnement des différents modes de construction de la réalité. Pour nous, il s'agit de considérer ces formes de connaissance comme des phénomènes de représentation dans le sens où chacune traduit une forme de relation entre le sujet et l'objet en fonction du cadre et des enjeux de la situation. Ce travail demande le dépassement d'une « *conception informationnelle* » de la représentation (Jodelet, 1984), conception qui réduit les opérations mentales « *aux données objectives de l'informatique* » (Bruner, 1990) et qui ne traite pas la part d'affectif et de subjectif (e.g. caractère « intuitif » du raisonnement humain).

Pour amorcer ce travail de clarification, nous pouvons nous appuyer sur la typologie proposée par Bruner (1990, 2000) entre deux modes de fonctionnement cognitif, la *pensée paradigmatique* et la *pensée narrative* (e.g. la signification comme cadre d'interprétation, l'intention comme principe d'organisation de l'expérience, la perspective multiple des possibles pour construire la réalité). Cette dernière constitue une voie potentiellement heuristique pour analyser les mises en représentation des risques. Les narrations sur les risques dévoilent une forme de pensée régit par la « réalité psychique » (e.g. l'intention et ses vicissitudes constituent un système de catégories organisateur de l'expérience, Bruner, 2000) et pour conceptualiser son fonctionnement, il est nécessaire d'adopter une posture compréhensive qui n'interroge pas la construction des représentations du « dehors » et élève la subjectivité au rang du concept explicatif (Bruner, 1990). Il s'agit là d'une voie de travail résolument psychosociale qui pourra venir alimenter la réflexion en psychologie de la santé concernant les logiques des « irrationalités » qui, ici et là, nous montrent que les expériences des risques sont des phénomènes psychologiquement et socialement fondamentaux. La conduite à risques, sans aucun doute anthropologiquement fondamentale, nous prouve bien le caractère « multi-déterminé » et « pluri-raisonnable » des comportements humains.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Abric, J.-C., 1994. *Pratiques sociales et représentations*. PUF, Paris.
- Apostolidis, T., 1994. Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif : la logique relationnelle des comportements sexuels et la prévention du sida. In: Calvez, M., Paicheler, G., Souteyrand, Y. (Eds.), *Connaissances, représentations, comportements : sciences sociales et prévention du SIDA*. ANRS, Paris, pp. 77–85.
- Apostolidis, T., 2000. Le rapport au sexuel et la « sémiotique » de l'amour : marquage socioculturel et climats relationnels. *Journal des Anthropologues* 82–83, 339–356.
- Apostolidis, T., 2002. Représentations d'autrui dans le contexte d'une relation intime : remarques topologiques sur les croyances. *Psychologie et Société* 5, 13–41.
- Apostolidis, T., 2003. Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In: Abric, J.-C. (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Saint-Agne, Erès, pp. 13–35.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., Simonin, L., Rolland, G., 2006a. Cannabis use, time perspective and risk perception: evidence of a moderating effect. *Psychology & Health* 2, 571–592.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., Soule, F., 2006b. Future time perspective as predictor of cannabis use: exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors* 31, 2339–2343.
- Apostolidis, T., Deschamps, J.-C., 2003. Une approche psychosociale de l'amour : logiques normatives et représentations. *Nouvelle Revue de Psychologie sociale* 2, 216–227.
- Apostolidis, T., Roche, A., 2002. Representations of cannabis and perceptions of cannabis users in different context of use. Communication présentée au 13th General meeting of the EAESP, San Sebastian, 26–29 juin.
- Barthes, R., 1977. *Fragments d'un discours amoureux*. Seuil, Paris.
- Beauvois, J.-L., Deschamps, J.-C., 1990. Vers la cognition sociale. In: Ghiglione, R., Bonnet, C., Richard, J.-F. (Eds.), *Traité de psychologie cognitive* 3. Dunod, Paris, pp. 1–110.

- Beck, U., 2001. *La société du risque*. Aubier, Paris.
- Beck, F., Legleye, S., Peretti-Watel, P., 2002. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques*. OFDT, Paris.
- Becker, H., 1985. *Outsiders*. Metaillié, Paris.
- Bishop, G., 2000. Les prototypes de la maladie : nature et fonctions. In: Petrillo, G. (Ed.), *Santé et société*. Delachaux et Niestlé, Lausanne, pp. 45–66.
- Bruchon-Schweitzer, M., Munoz-Sastre, M.T., Morin, M., 2000. Health psychology: objectives and models. *European Review of Applied Psychology* 50, 295–299.
- Bruner, J., 1990. *Car la culture donne forme à l'esprit*. ESHÉL, Paris.
- Bruner, J., 2000. *Culture et modes de pensée*. Retz, Paris.
- Castel, R., 1995. *Les métamorphoses de la question sociale*. Fayard, Paris.
- Dany, L., 2008. *La drogue et le cannabis : approche psychosociale*. ANRT, Lille.
- Dany, L., Abric, J.-C., 2007. Distance à l'objet et représentations du cannabis. *International Review of Social Psychology* 20, 77–104.
- Dany, L., Apostolidis, T., 2002. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. *Santé Publique* 14, 335–344.
- Doise, W., 1990. Les représentations sociales. In: Ghiglione, R., Bonnet, C., Richard, J.-F. (Eds.), *Traité de psychologie cognitive* 3. Dunod, Paris, pp. 111–174.
- Douglas, M., 1992. *Risk and blame. Essays in Cultural Theory*. Routledge, London.
- Eisenlohr, S., 2005. *Pensée sociale de la maladie chez des jeunes en situation précaire, l'exemple du sida*. Thèse de doctorat. Aix-en-Provence: université de Provence.
- Farr, R., 1977. Heider, Harré and Herzlich on health and illness: some observations on the structure of "représentations collectives". *European Journal of Social Psychology* 7, 491–504.
- Fischer, G.-N., 2002. La psychologie de la santé : problématique et enjeux. In: Fischer, G.-N. (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, pp. 1–18.
- Fleck, L., 2005. *Genèse et développement d'un fait scientifique*. Les belles lettres, Paris.
- Foucault, M., 1969. *L'archéologie du savoir*. Gallimard, Paris.
- Grmek, M., 1989. *Histoire du sida*. Payot, Paris.
- Guimelli, C., 1999. *La pensée sociale*. PUF, Paris.
- Hammersley, R., Jenkins, R., Reid, M., 2001. Cannabis use and social identity. *Addiction Research & Theory* 9, 133–150.
- Heider, F., 1958. *The psychology of interpersonal relations*. Wiley, New York.
- Herzlich, C., 1969. *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Mouton, Paris.
- Herzlich, C., 2001. Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. In: Buschini, F., Kalampalikis, N. (Eds.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici*. Éditions de la MSH, Paris, pp. 189–200.
- Jodelet, D., 1984. Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale. *Communication-Information* 6, 15–42.
- Jodelet, D., 1989a. Représentations sociales : un domaine en expansion. In: Jodelet, D. (Ed.), *Les représentations sociales*. PUF, Paris, pp. 31–61.
- Jodelet, D., 1989b. *Folies et représentations sociales*. PUF, Paris.
- Jodelet, D., 2002. Les représentations sociales dans le champ de la culture. *Information sur les Sciences Sociales* 41, 111–133.
- Jodelet, D., 2003. Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In: Moscovici, S., Buschini, F. (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines*. PUF, Paris, pp. 139–162.
- Joffe, H., 2003. Risk: from perception to social representation. *British Journal of Social Psychology* 42, 55–73.
- Laplantine, F., 1986. *Anthropologie de la maladie*. Payot, Paris.
- Laplantine, F., 1994. Préface. In: Levy, J., Nouss, A. (Eds.), *Sida-Fiction*. Presses universitaires de Lyon, Lyon, pp. 9–12.
- Lupton, D., 1999. *Risk*. London, Routledge.
- Maisonneuve, J., 1966. *Psycho-sociologie des affinités*. PUF, Paris.
- Markus, H., Zajonc, R., 1985. The cognitive perspective in Social Psychology. In: Lindres, G., Aronson, E. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. Random House, New York, pp. 137–230.
- Matarazzo, J.D., 1982. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist* 37, 1–14.
- Moliner, P., 1993. Cinq questions à propos des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 20, 5–14.
- Morin, M., 1996. Perspectives de recherches pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies. *Psychologie Française* 41–42, 147–154.
- Morin, M., 2002. Naissance et développements de la psychologie de la santé. *Sciences Sociales et Santé* 20, 129–140.
- Morin, M., 2004. *Parcours de santé*. Armand Colin, Paris.
- Morin, M., Apostolidis, T., 2002. Contexte social et santé. In: Fischer, G.-N. (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, pp. 463–489.
- Moscovici, S., 1961. *La psychanalyse, son image et son public*. PUF, Paris.
- Moscovici, S., 1988. Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology* 18, 211–250.
- Moscovici, S., 1992a. La nouvelle pensée magique. *Bulletin de Psychologie*, XLV 405, 301–324.
- Moscovici, S., 1992b. Cognition et société. *Le Courrier du CNRS* 79, 106.
- Moscovici, S., 2001. Why a Theory of Social Representations. In: Deaux, K., Philogene, G. (Eds.), *Representations of the social: Bridging Theoretical Traditions*. Blackwell, Oxford, pp. 18–61.
- Paicheler, H., 1984. L'épistémologie du sens commun. In: Moscovici, S. (Ed.), *Psychologie sociale*. PUF, Paris, pp. 277–307.
- Paicheler, G., 2000. Understanding risk management. In: Moatti, J.-P., Souteyrand, Y., Prieur, A., Sandfort, T., Aggleton, P. (Eds.), *AIDS in Europe*. Routledge, London, pp. 247–259.
- Paicheler, G., 2002. La maladie, un lieu d'interaction entre l'individu et la société. In: Coudin, G., Paicheler, G. (Eds.), *Santé et vieillissement*. Armand Colin, Paris, pp. 5–82.

- Pearson, G., 2001. Normal drug use: ethnographic fieldwork among an adult network of recreational drug users in inner London. *Substance Use and Misuse* 36, 167–200.
- Peretti-Watel, P., 2000. *Sociologie du risque*. Armand Colin, Paris.
- Peretti-Watel, P., 2003. Neutralization theory and the denial of risk: some evidence from cannabis use among French adolescents. *British Journal of Sociology* 54, 21–42.
- Radley, A., 1994. *Making sense of illness*. Sage, London.
- Searle, J., 1995. *La redécouverte de l'esprit*. Gallimard, Paris.
- Spira, A., Bajos, N., Groupe ACSF, 1993. *Les comportements sexuels en France. Rapport au ministère de la Recherche et de l'Espace*. La documentation Française, Paris.
- Windisch, U., 1982. *Pensée sociale, langage en usage et logiques autres*. L'Âge d'Homme, Lausanne.
- Zani, B., 2002. Théories et modèles en psychologie de la santé. In: Fischer, G.-N. (Ed.), *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, pp. 21–46.