

SANTÉ ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES : UNE ÉTUDE « MULTI-OBJETS » AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET NON-PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Christine Jeoffrion

Presses universitaires de Liège | *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*

2009/2 - Numéro 82
pages 73 à 115

ISSN 0777-0707

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm>

Pour citer cet article :

Jeoffrion Christine, « Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé »,
Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 2009/2 Numéro 82, p. 73-115.

Distribution électronique Cairn.info pour Presses universitaires de Liège.

© Presses universitaires de Liège. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

“ Santé et Représentations sociales :
une étude « multi-objets » auprès
de Professionnels de Santé et Non-
Professionnels de Santé ”

***Health and Social
Representations:
A « multi-objects » study
with Health's Professionals
and Non-Health's
Professionals***

Christine JEOFFRION

*Laboratoire de Psychologie : éducation, cognition,
développement – LABÉCD, EA 3259, Université de Nantes,
Nantes, France*

Le principal objectif de cette recherche est de comparer les représentations sociales (RS) que les professionnels de santé (PS) et les Non-Professionnels de Santé (NPS) ont de plusieurs objets sociaux issus du modèle que nous proposons. Le second objectif est de comparer deux types d'analyse de traitement des données : une analyse prototypique et catégorielle et une analyse factorielle des correspondances. 150 sujets (75 PS et 75 NPS) ont répondu à un questionnaire d'associations libres. Les analyses font apparaître des RS communes aux deux groupes, mais aussi des registres spécifiques : les PS ont recours à des termes plus descriptifs et techniques, et les NPS utilisent des termes liés au vécu de la maladie. Les deux techniques utilisées s'avèrent complémentaires dans la compréhension des résultats. Les conclusions soulignent l'intérêt d'étudier des systèmes représentationnels dans une visée comparative afin d'améliorer les communications et de lutter ainsi plus efficacement contre la maladie.

Représentation sociale de la santé – associations libres – analyse prototypique – analyse catégorielle – analyse factorielle des correspondances.

The main objective of this study is to compare the Social Representations (SR) of Health's Professionals (HP) and Non-Health's Professionals (NHP) about several social objects stemming from the model which we propose. The second aim is to compare two methods of data analysis : a prototypical and categorical analysis, and a correspondence analysis. 150 subjects (75 PS and 75 NPS) answered a questionnaire founded on free associations. Analyses show shared RS by the two groups, but also specific registers: the HP use more descriptive and technical terms, and the NHP use terms connected with experience of illness. The two methods of data analysis turn out additional in the understanding of the results. The conclusions underline the interest of studies founded on representation system analysis in a comparative aim to make better the communications and to fight more efficiently against the illness.

Health's Social representation – associated words – prototypical analysis – categorical analysis – correspondence analysis.

La correspondance pour cet article doit être adressée à Christine Jeoffrion, Université de Nantes, Nantes Atlantique Universités, Laboratoire « Education, Cognition, Développement », EA 3259, UFR de Psychologie, BP 81227, Nantes, F-44312 France. Courriel : <christine.jeoffrion@univ-nantes.fr>.

Nous remercions : les re-lecteurs pour les différents commentaires apportés à ce texte ; la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) grâce à laquelle une partie de cette étude a pu être réalisée ; les Professeurs Billaud et Raffi du CHU de Nantes qui nous ont ouvert les portes de l'hôpital en général et de leur service (Infectiologie) en particulier ; Julie Blanchard, Claire Couilleau, Pauline Dupont, Tiphaine Plantard, étudiantes en Master 1, qui ont participé à l'analyse prototypique et catégorielle du corpus ; et bien sûr l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire : personnes anonymes, et personnels de différents hôpitaux, pharmaciens au sein de leur officine, etc.

1. Objectifs

L'objectif premier de cette recherche est d'ordre heuristique : il s'agit de mettre en évidence les formes de pensée sociale des Professionnels de la Santé (PS) en les comparant à celles des Non-Professionnels de la Santé (NPS), à partir d'une étude exploratoire des Représentations Sociales (RS)¹ qu'ils ont de plusieurs « objets » inscrits dans le champ de la santé. On soulignera ainsi, par-delà certaines représentations partagées, les différences de RS existant entre ces deux groupes, et leur possible difficulté à « communiquer » du fait de références éloignées à propos d'« objets » pourtant identiques. Son objectif secondaire est d'ordre méthodologique : il s'agit de comparer deux techniques de traitement du corpus recueilli : une analyse prototypique et catégorielle avec le logiciel EVOC (Scano, Junique et Vergès, 2002), et une analyse factorielle des correspondances binaire avec le logiciel SPAD (Module d'analyse textuelle dit « Text Mining »). On montrera l'intérêt de chacune des techniques pour appréhender à la fois le contenu et l'organisation des RS, et on rappellera la nécessité d'une approche multi-méthodologique pour étudier les RS (Abric, 1994). Le travail présenté ici a débuté dans le cadre d'un contrat avec la CNAMTS (Jeoffrion, Lafon, Imbert de Balorre, 2004)². Cette étude exploratoire constitue la première étape d'une série d'autres études qui seront réalisées par la suite.

2. De la pertinence du recours à la théorie des représentations sociales dans le champ de la santé...

Pour investiguer le champ de la santé, nous avons choisi, comme théorie de référence, celle des Représentations Sociales (RS), pour plusieurs raisons que nous présentons ici de manière générale, mais dont nous relativiserons la portée dans la présente étude. Tout d'abord, la théorie des représentations sociales repose sur le postulat selon lequel « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (Abric, op. cit., p. 12). En effet, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres et orientant les conduites et les communications sociales (Jodelet, 1984), les représentations sociales s'avèrent être un outil conceptuel tout à fait pertinent pour aborder des questions comme la relation thérapeutique, l'« apprentissage » de la maladie par le patient, son rapport au traitement, etc., mais aussi ce qu'en disent toutes celles et ceux que le patient va être amené à côtoyer, que l'on appelle les « Professionnels de Santé » (cf. *supra*). Ensuite, ce concept permettrait de comprendre, voire d'anticiper les comportements, là où d'autres échouent. Diverses approches ont en effet été privilégiées pour tenter d'expliquer les « comportements de santé et de maladie », notamment les approches cognitives et socio-cognitives, mais elles seraient trop axées sur les facteurs individuels, et prendraient insuffisamment en compte le rôle des influences émotionnelles, situationnelles et sociales, si bien qu'il serait difficile d'en évaluer leur capacité prédictive réelle (Morin, 2000a). L'approche des représentations sociales permettrait, quant à elle, d'articuler différents niveaux explicatifs qui entrent en résonance les uns avec les autres (Doise, 1982) et que l'on peut facilement

illustrer dans le champ de la santé : le niveau intra-individuel (Niveau I) renvoie à la manière dont le patient va « gérer » sa rencontre avec la maladie et le traitement. Bien souvent, cela implique un total remaniement identitaire qui peut conduire le sujet malade à revoir sa hiérarchie des valeurs ; le niveau inter-individuel ou situationnel (Niveau II) renvoie à la relation du patient avec son médecin, mais aussi avec son entourage familial, amical, etc., au sein duquel, du fait de son nouveau « rôle social », de nouvelles attentes et demandes sont à négocier ; le troisième niveau est lié aux relations que le patient noue avec l'institution de santé, concrétisée par les Professionnels de Santé (médecins, pharmaciens, etc.) qui renvoient au sujet une théorie dite savante de la maladie et de son traitement, mais aussi une image en tant que sujet malade. On se situe là à un niveau positionnel et des relations inter-groupales (Niveau III). Le système de soins produit des effets sur le sujet. Mais le sujet, à partir du moment où il est pris en charge, devient un élément du système de soins, qu'il transforme à son tour. On assiste donc à une co-construction. Enfin, tous les acteurs en relation avec le sujet malade appartiennent à une certaine société qui véhicule des croyances et des représentations sociales de la maladie. Le malade, lorsque le diagnostic de la maladie est annoncé, s'inscrit alors dans un certain regard social (socialement, être malade du sida, ce n'est pas la même chose qu'être diabétique). Il s'agit du niveau idéologique et culturel (Niveau IV) qui combine des modèles culturels, scientifiques, et idéologiques au sein desquels le patient évolue. Rappelons aussi que les fonctions des représentations sociales sont de quatre ordres (Abric, op. cit.) : fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation et fonction justificatrice. La fonction d'orientation vient confirmer la pertinence du recours à cette théorie puisque la mise à jour des représentations sociales des PS et des NPS devrait permettre de mieux appréhender les conduites des uns et des autres dans le champ de la santé, voire de les anticiper.

Bonardi et Roussiau (1999) ont répertorié trois approches pour l'étude des représentations sociales : l'approche anthropologique et historique (Jodelet, 1989...), l'école aixoise (Abric, 1994...) et l'école genevoise (Doise, 1999...). Les deux types d'analyse proposés dans cette étude (cf. Méthodologie) s'inscrivent traditionnellement dans les deux dernières approches. L'approche aixoise, dite aussi « théorie du noyau central », est une approche dite structurale selon laquelle toute représentation sociale comprend un système central (le noyau central) et un système périphérique. Le noyau central est l'élément fondamental de la représentation, car c'est lui qui en détermine à la fois la signification et l'organisation. Les éléments qu'il contient constituent la base commune, collectivement partagée par les individus d'un même groupe et sont fortement consensuels. Les éléments périphériques permettent aux sujets d'un même groupe de s'approprier une partie de la représentation tout en permettant une modulation interindividuelle. En constituant la partie opérationnelle des représentations sociales, ils ont la particularité d'être des prescripteurs des comportements. Les méthodes de repérage des éléments centraux et périphériques reposent en grande partie sur la clarification de la notion de centralité. D'après Moliner (1994), les cognitions centrales comportent au moins quatre propriétés qui renvoient à des aspects qualitatifs : leur valeur symbolique (il s'agit

de croyances « non négociables » sans lesquels l'objet de représentation perd toute sa signification) et leur pouvoir associatif (il s'agit de mots « matrices » qui synthétisent à eux seuls toute une classe de concepts et condensent ainsi l'ensemble des significations de la représentation), mais aussi à des aspects quantitatifs : leur saillance (il s'agit de termes qui occupent une place privilégiée dans les discours) et leur forte connexité dans la structure (il s'agit de termes qui peuvent entrer en relation avec un grand nombre d'autres éléments de la représentation). L'approche genevoise, dite aussi « théorie des principes organisateurs », s'attache à l'étude des « liens entre régulations sociales et fonctionnements cognitifs en répondant à la question : quelles régulations sociales actualisent quels fonctionnements cognitifs dans quels contextes spécifiques ? » (Doise et Clemence et Lorenzi-Cioldi, 1992, p. 13). Pour ces chercheurs, l'étude des représentations sociales ne doit pas se limiter à leur aspect consensuel : les variations entre individus doivent également être prises en compte de manière à en reconstituer leurs « principes organisateurs. Cette approche vise la recherche de points communs à des groupes d'individus, c'est-à-dire les éléments qui lient ensemble leurs conceptions, en reliant ces points communs aux insertions sociales qui pèsent sur la représentation. Les méthodes d'analyse multivariées y sont privilégiées car elles permettent de rechercher si les connaissances s'organisent, se regroupent en « facteurs » ou blocs cohérents et si ces blocs sont distincts, voire s'opposent entre eux. Ces deux approches, théorie du noyau central et théorie des principes organisateurs constituent donc deux modes d'investigation qui ne poursuivent pas les mêmes objectifs, la première visant le repérage des cognitions centrales, tandis que la seconde s'attache à mettre à jour les spécificités interindividuelles et intergroupales. La combinaison de ces deux types d'analyse pourrait s'avérer stimulante...

3. ... aux travaux sur les RS de la santé et de la maladie

Les travaux de Herzlich sur la représentation sociale de la santé et de la maladie (1969), de Laplantine (1998) sur l'anthropologie de la maladie, ou encore de Pédinielli (1999) sur les théories personnelles des patients concernant leurs maladies, constituent des références incontournables en France. Ces travaux portent de manière générale sur le rapport à la santé et à la maladie. On pourrait en citer bien d'autres, car la santé constitue un champ privilégié d'investigation dans les sciences médicales, bien sûr, mais de plus en plus dans les sciences humaines et sociales. La place de la médecine dans la société et les rapports entre maladie et santé ont de plus connu de profonds changements dans les dernières décennies. Le droit à la maladie et aux soins a été remplacé par le devoir de santé et il ne s'agit plus de lutter contre la maladie, mais de se maintenir « en santé » (Pierret, 2008). Laplantine (op. cit.) parle d'un double mouvement de désocialisation de la maladie et de médicalisation de la société.

Pourtant les travaux sur les représentations sociales de la santé et de la maladie montrent qu'il existe une pensée « profane » sur la maladie distincte de ce qu'en disent les « experts ». La maladie est à la fois une réalité décrite, expliquée, traitée par la médecine, et une expérience individuelle comportant des retentissements

psychologiques, sociaux, culturels, ... pour ceux qui en sont atteints, d'où les différents termes anglo-saxons pour évoquer la maladie (Pediñelli, op. cit.). Selon l'anthropologie médicale, ces termes traduisent l'opposition devenue classique entre « illness » (maladie-du-malade, ou vécu subjectif du malade), « disease » (maladie-du-médecin, objectivée à partir des altérations biologiques), voire aussi « sickness » (maladie socialisée, abordée comme charge symbolique pour l'ensemble du groupe social) (Massé, 1995). En posant la question Qu'est-ce qu'une maladie ?, Cathébras (1997) souhaite illustrer deux principes aussi incontestables qu'ils paraissent contradictoires : la maladie est une catégorie naturelle et une construction sociale.

Les travaux montrent aussi que les individus s'appuient sur des visions partagées du monde. Herzlich (op. cit.) a mené sans conteste un travail princeps. Suite à l'ouvrage précurseur de Moscovici (1961), ce travail a de nouveau clairement montré que ce qui est important n'est pas la réalité elle-même, mais bien le rapport que l'individu entretient avec la réalité, en l'occurrence via sa maladie. Quant à l'importance particulière accordée à l'étude des représentations sociales pour ce qui concerne de telles questions, Herzlich la justifie par « l'articulation réciproque de différents « niveaux » des phénomènes psychosociaux – organisation cognitive d'un objet social, élaboration de normes de comportement – que l'on a coutume d'étudier séparément » (p. 176). Quelque vingt ans plus tard, Jodelet (op. cit.) étudie la représentation sociale de la maladie mentale et postule que la dynamique relationnelle, autrement dit le rapport à l'autre, régit les pratiques et les représentations.

Les travaux montrent enfin que ces visions diffèrent selon les différents groupes sociaux. Bishop (2004), par exemple, a étudié l'influence de l'appartenance culturelle sur les représentations de la santé et de la maladie. Il montre ainsi le rôle que joue la culture dans la manière d'appréhender la maladie, de l'éviter, de la soigner et de la traiter.

Au final, les différents auteurs partagent la conception d'un fonctionnement des représentations de la santé et de la maladie en rapport avec le milieu social et culturel dans lequel baigne l'individu.

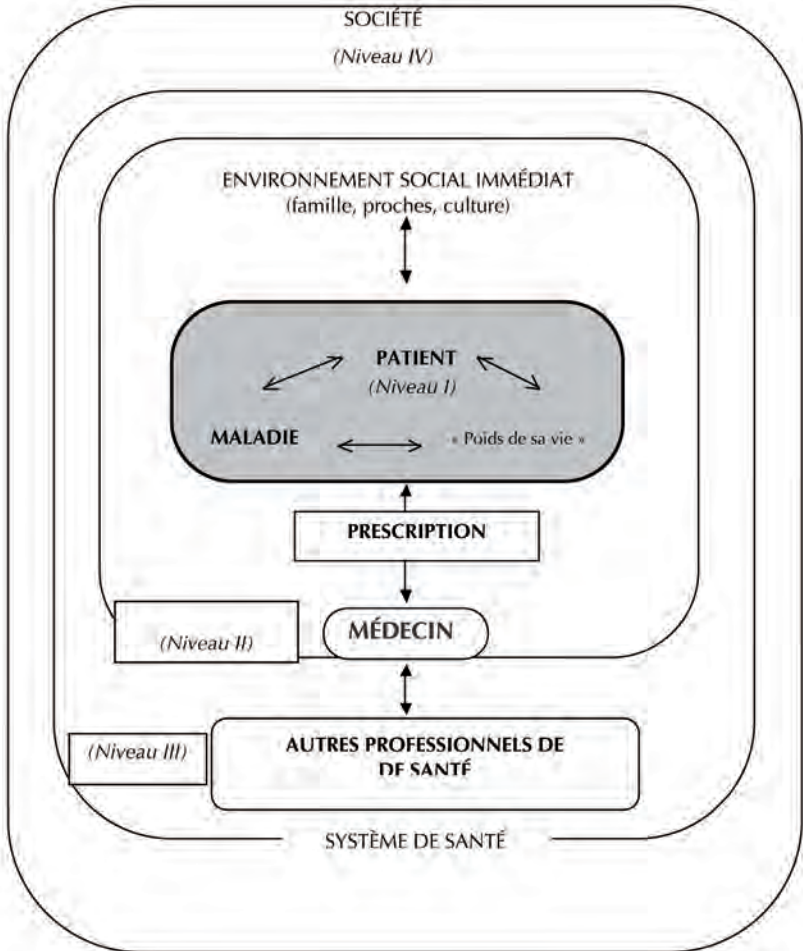
4. Vers d'autres « objets » de représentation en lien avec la maladie : proposition d'un modèle systémique

Nous proposons d'étudier les représentations sociales liées à la santé à partir d'un modèle qui replace le sujet dans son contexte en intégrant le milieu social, la culture et l'ensemble des acteurs en rapport avec le patient (Corrazé, 1992 ; Fischer et Tarquinio, 1999 ; Moatti et Spire, 2000 ; Morin, 2000b). Le social y est vu moins comme déterminant que comme système d'interprétation des actions, comme système de relation entre personnes situées dans un espace de négociation, d'échanges et de parcours de soins. Le champ concerné comprend : 1) le sujet, sa maladie, le « poids de sa vie », et les interactions du sujet avec son environnement social immédiat (famille, proches, contexte socio-économique) ; 2) la prescription relative aux traitements médicamenteux et aux autres préconisations ; 3) le médecin,

et les autres PS (pharmaciens, infirmiers, etc.), renvoyant eux-mêmes au « système de santé » ; ces trois ensembles d'éléments étant inscrits au cœur d'un contexte culturel, idéologique et symbolique. On retrouve bien les quatre niveaux de Doise situés à divers endroits du modèle proposé.

Ce modèle nous permet de cerner les autres objets de représentation pertinents à étudier dans le champ de la santé et dont l'articulation paraît nécessaire. En effet, une représentation sociale n'est jamais isolée : les représentations entretiennent entre elles des relations d'interconnexions dynamiques qui ne se limitent pas à une simple juxtaposition. Cette perspective théorique relativement récente fait

Figure 1 : Modèle proposé



suite aux travaux notamment de Flament (1994), même si Vergès (1992) avait déjà noté des relations d'« emboîtement » pour les représentations de l'argent et de la banque. Cette perspective s'est poursuivie en Europe avec des travaux portant sur différents objets (Bonardi, De Piccoli, Soubiale et Larrue, 1994 ; De Rosa, 1995 ; Brandin, Choulot et Gaffié, 1998 ; Larrue, Bonardi et Roussiau, 2000 ; Fraïssé, 2000 ; Milland, 2002 ; Valence et Roussiau, 2009). Rouquette (1998) en a proposé une conceptualisation. Dans le champ de la santé, les travaux du GEIRSO (Groupe d'Étude sur l'Interdisciplinarité et les Représentations SOciales), à Montréal, reposent sur une telle perspective mise en œuvre de façon explicite dans plusieurs rapports de recherche (Garnier, 2000 ; Garnier, 2005) et autres publications (Tremblay et Garnier, 2005 ; Garnier, 2003 ; Lebel, 2006...). Procédant par une approche globale, ils visent à tisser les articulations entre divers objets de représentation de manière à rendre compte de « systèmes représentationnels ». Un rapport de recherche qui portait sur l'étude des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes (Garnier, 2000) a montré que les médecins distinguaient bien dans leur pratique de prescription la pratique elle-même, le traitement, le médicament et l'observance. Le médicament se trouve au centre de l'acte médical, non seulement pour soulager la douleur, mais aussi pour répondre à la demande culturelle puisqu'il est généralement attendu qu'une consultation se termine avec la rédaction d'une prescription. Le rôle du médecin, vu comme prescripteur dans le traitement des maladies, ne peut cependant prendre effet que dans la relation qu'il entretient avec son patient. Or celle-ci est souvent soumise à des contraintes très fortes, comme celle du temps qui manque pour une consultation satisfaisante, et pèsent fortement sur le diagnostic, la médication et l'observance de cette dernière par le patient, et enfin le suivi qui permettrait, entre autres, d'éviter les multi-médications. Un second rapport de recherche qui portait sur les pratiques de prescription et d'observance et sur les pratiques éducatives (Garnier, 2005) a lui aussi montré, au vu de l'intrication de nombreux facteurs, la nécessité d'en passer par l'analyse de véritables « systèmes de représentation ».

Ces divers travaux ainsi que le modèle que nous proposons viennent appuyer nos propres choix dans cette recherche. Nous avons en effet décidé d'étudier plusieurs « objets » de représentation : la « Maladie » puisque c'est elle qui donne naissance au système, la « Relation Médecin-Patient » comme rencontre incontournable dans tout traitement, le « Médicament » comme renvoyant à la prescription, et l'« Observance », comme sorte de résultante (elle est la condition sine qua non de la réussite du traitement préconisé par les PS).

5. Une étude comparative entre les Représentations Sociales des Professionnels de Santé et des Non-Professionnels de Santé : présentation de la recherche

5.1. Problématisation

Les individus baignent ensemble dans une société qui véhicule des croyances, des normes, des valeurs, etc. face auxquelles ils construisent des représentations sociales sur des objets sociaux. PS et NPS partageraient-ils certaines de ces représentations ? En effet, le savoir des NPS tend à s'enrichir par la recherche d'informations,

leur exigence à vouloir comprendre, grâce aussi à la vulgarisation de la science médicale accessible sur le web et dans la presse généraliste. Ceci est encore plus vrai pour ceux qui souffrent de maladies chroniques ou de maladies graves. Afin de mieux appréhender la situation, ils communiquent entre eux, cherchent à maîtriser les informations complexes, se rassemblent en associations et deviennent alors des émetteurs d'informations. Désormais directement impliqués dans les instances décisionnelles du système de santé (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite Loi Kouchner), on leur reconnaît des savoirs et des expertises. Autant d'éléments qui vont dans le sens de représentations partagées entre PS et NPS, du fait d'un contexte culturel commun (Niveau IV de Doise).

Cependant, Guimelli a montré toute l'importance que les pratiques jouent sur la représentation d'un objet, notamment à partir de son étude sur la chasse (1989), ou encore sur la fonction d'infirmière (1994). Quant à Piaser (2000), il s'est intéressé plus spécifiquement aux représentations professionnelles, en tant qu'elles sont spécifiques à un groupe professionnel délimité. Elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ (Bataille, Blin, Jacquet-Mias et Piaser, 1997). Parler de « Pratiques professionnelles » paraît pertinent dans notre étude qui vise une comparaison PS-NPS et dont l'issue devrait montrer, du fait d'ancrages dans des champs professionnels différents, et par-delà des éléments partagés du fait d'une culture commune, des représentations spécifiques à chacun des groupes étudiés (Niveau III de Doise). Ces représentations renvoient à la distinction « profanes-experts » soulignée dans la littérature. Les PS sont les personnes qui interviennent de diverses manières dans l'administration des soins (Médecins, Infirmiers, Cadres de santé, Aides-soignants, etc.), et dont la transversalité réside dans le secteur d'activité qu'ils partagent et qui les fait côtoyer quotidiennement les questions de santé et de maladie. Les NPS sont des personnes « tout-venant » qui travaillent dans d'autres champs professionnels (certaines d'entre elles sont sans profession). L'expression NPS, pour laquelle nous avons opté, a le mérite d'éviter de parler d'« usagers », de « patients », de « clients », etc. qui pourraient susciter l'idée d'une distinction entre les personnes malades et les autres et situerait la présente recherche en dehors du cadre de référence qui est le nôtre, où justement santé et maladie sont intrinsèquement liés. Étudier les RS liées à la santé en comparant PS et NPS permet d'apprécier les constructions des groupes à propos de plusieurs objets sociaux pris en tant que système, et de définir comment ces groupes se positionnent les uns par rapport aux autres, dans le conflit comme dans l'accord, en fonction de leurs représentations. La différenciation des deux groupes méritera d'être affinée dans des études ultérieures, en prenant en compte notamment la spécificité des professions (cf. Discussion), en tant qu'elles risquent d'affecter de manière spécifique le lien que les individus entretiennent avec les objets de représentation et modifier ce qu'Abriç appelle la « distance à l'objet » (2001). Cette distance permet en effet d'envisager le rapport à l'objet à travers une

élaboration composite qui prend en compte diverses dimensions signifiantes du lien à l'objet : la connaissance plus ou moins grande de l'objet, l'implication du groupe par rapport à cet objet et le niveau de pratique de l'objet. Des travaux récents ont formalisé cette notion dans le champ des RS (Morlot et Sales-Wuillemin, 2008 ; Dany et Abric, 2007).

Si de nombreuses recherches soulignent les différences de représentations entre médecins et patients, encore trop peu ont pris en compte ces différences du fait d'un ancrage dans un champ professionnel particulier, et renvoyant donc à des pratiques spécifiques liées à ce champ, et ce dans une optique « multi-objets » (Tremblay et Garnier, op. cit.). Tel est l'objectif de notre travail.

5.2. Hypothèses

Concernant l'objectif premier de notre étude, nous formulons l'hypothèse générale suivante : la distance par rapport aux objets de représentation étudiés (variable opérationnalisée par la prise en compte du groupe d'appartenance : PS versus NPS) aura un impact sur le contenu et l'organisation de la représentation sociale.

H1 : Compte tenu de l'appartenance à une même communauté culturelle des groupes interrogés, on s'attend à trouver des éléments partagés par les PS et les NPS.

H2 : Compte tenu d'un ancrage professionnel différent pour chacun des deux groupes étudiés et donc d'une distance à l'objet différente, on s'attend à trouver des spécificités chez les PS et les NPS.

Concernant l'objectif secondaire de notre étude, nous formulons l'hypothèse générale : les deux techniques de traitement des données utilisées se compléteront dans l'appréhension du contenu et de l'organisation des RS.

H3 : L'analyse prototypique et catégorielle permettra de mettre à jour les éléments de la RS partagés par deux groupes.

H4 : L'analyse factorielle des correspondances permettra de mettre à jour les spécificités de chacun des groupes.

5.3. Méthodologie et échantillon

De nombreux travaux sur les représentations sociales débutent par des investigations de type ouvert qui permettent de cerner des univers sémantiques. Ce sont alors les sujets interrogés qui produisent eux-mêmes le matériel qui sera exploité par la suite. L'une des techniques largement utilisées est l'association de mots (Di Giacomo, 1981, De Rosa, 1988, etc.), qui permet « l'actualisation d'éléments implicites ou latents qui seraient noyés ou masqués dans les productions discursives » (Abric, 2003, p. 63). Tel est le cas de notre recherche. Le questionnaire est constitué par une question d'évocation pour chacun des quatre mots (ou expression) inducteurs suivants : « Maladie », « Relation Médecin-Patient », « Médicament » et « Observance » (Ce dernier mot inducteur fera l'objet d'un commentaire spécifique au début du paragraphe : La représentation sociale de l'« Observance »). Par

exemple, pour le premier mot inducteur présenté, la formulation prend la forme suivante : « Lorsque l'on vous dit « Maladie », quels sont les mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit ? ». Le questionnaire se termine par un recueil de variables socio-démographiques qui permettent de connaître les caractéristiques des personnes interrogées dans chacun des deux groupes. L'effet potentiel des différents mots inducteurs a été contrebalancé par un ordre qui a varié de manière équivalente dans les questionnaires de chacun des groupes. Au total, 150 sujets (75 PS et 75 NPS) ont répondu à un questionnaire d'associations libres (cf. Annexe 1 : Caractéristiques de l'échantillon).

5.4. Traitement des données

Deux techniques de traitement des données ont été utilisées afin de mettre en évidence le contenu et l'organisation des représentations sociales : 1) l'analyse prototypique et catégorielle, et 2) l'analyse factorielle des correspondances.

Analyse prototypique et catégorielle

Il s'agit d'une analyse quantitative et qualitative qui met en évidence la structure de la représentation sociale. L'analyse prototypique repose sur un classement des termes associés en fonction de leur rang moyen d'apparition (qui traduit leur importance pour les sujets qui l'énoncent : dimension individuelle) et de leur fréquence (qui traduit la hiérarchie entre les termes majoritaires/minoritaires : dimension collective) (Vergès, 1994). Cette analyse conduit à un tableau de quatre cases ayant chacune une signification particulière relative à la conception théorique du noyau central. La case 1 regroupe les termes qui sont le plus cités (fréquence élevée) et parmi les premiers de la liste (rang faible). Il s'agit des termes les plus saillants et les plus significatifs (Vergès, op. cit.). Pourtant d'après Abric (2003), si le noyau central est bien dans cette case, elle comprend aussi des éléments qui ne sont pas pour autant centraux. Les cases 2 et 3 sont plus ambiguës. Elles comprennent des mots fréquents mais moins bien placés, ou peu fréquents mais bien placés. Ceux-ci font partie de la première périphérie, et peuvent agir sur l'organisation de la représentation. Il s'agit des « zones potentielles de changement ». La case 4 comprend les mots peu cités et en dernières positions. Elle correspond à la « périphérie extrême ».

Tableau 1 : Les zones résultant de l'analyse prototypique

		Rang moyen	
Fréquence moyenne	Zone centrale Fréquence élevée et rang faible (Case 1)	Zone potentielle de changement Fréquence élevée et rang élevé (Case 2)	
	Zone potentielle de changement Fréquence faible et rang faible (Case 3)	Périphérie extrême Fréquence faible et rang élevé (Case 4)	

La seule analyse prototypique ne suffit pas à mettre en évidence les aspects centraux et périphériques d'une représentation sociale. En effet, certains mots peuvent, tout en n'ayant été cités que très rarement, recouvrir un même champ sémantique et ne pas apparaître dans cette première analyse. L'analyse catégorielle consiste donc à regrouper dans des catégories ad hoc, autour de notions prototypiques, tous ces mots qui sont proches d'un point de vue sémantique. On crée autant de catégories que nécessaire pour englober toutes les évocations des sujets. Cette analyse permet d'approfondir l'analyse prototypique et de vérifier que les mots repérés par la première analyse relèvent bien des thèmes les plus récurrents dans les réponses des sujets. Pour chaque catégorie, on calculera donc le pourcentage d'évocations (qui donne le « poids » de la catégorie). Le poids d'une catégorie correspond au nombre d'évocations qui s'y trouvent rassemblés rapporté au nombre total d'évocations pour chacun des groupes. En additionnant les poids de chaque catégorie pour chacun des groupes, on aboutit à l'intégralité des évocations fournies par ce même groupe, à savoir 100 %.

Pour réaliser ces deux traitements, nous avons utilisé le logiciel *EVOC* (Scano, Junique et Vergès, 2003). Comme le format d'un article ne nous permet pas d'exposer les résultats dans leur intégralité, nous avons fait le choix de présenter l'analyse prototypique en extenso, et seulement les catégories de la seconde analyse assorties de leur poids. Cette deuxième analyse, qualitative, nous a en effet servi à dégager l'ensemble des champs sémantiques issus des associations et permis ainsi d'offrir des grilles de lecture pour appréhender et donner du sens aux termes recueillis. C'est pourquoi les données quantitatives qui en ont résulté ne seront ni utiles, ni souhaitables, dans le cadre de cet article.

Analyse factorielle des correspondances

Cette analyse, développée par Benzécri (1980), consiste à croiser les mots associés (les « évocations ») et les caractéristiques des personnes qui les ont associés. Elle est basée sur un « tableau de contingence » qui classe l'ensemble de ces données. Le graphique factoriel visualise les résultats obtenus par l'AFC. Les différentes modalités se situent par rapport aux axes en fonction de leur écart à l'indépendance pondéré par le χ^2 . Une modalité qui se situe à l'intersection des deux axes a un écart à l'indépendance nul, elle n'est donc pas discriminante. Par contre, plus elle s'éloigne du centre, plus son écart à l'indépendance est élevé, et plus elle est spécifique d'une sous-population. De plus, la proximité entre deux modalités est d'autant plus grande qu'est forte la probabilité de les trouver liées. L'analyse factorielle ne fournit pas une explication. Elle est une description qui permet de différencier des groupes d'individus sur fond de représentations partagées. Le graphique factoriel résultant de l'AFC sera présenté et commenté pour chacun des objets de représentation étudiés.

6. Présentation des résultats

Les questions n'ont pas posé pas de difficultés particulières, puisque le taux de non-réponses est nul. Les PS et les NPS ont produit quasiment le même nombre de

mots différents pour les quatre mots inducteurs ($N_{PS} = 947$, $m = 3,15$; $N_{NPS} = 937$, $m = 3,12$). La richesse du vocabulaire est donc quasiment la même pour les deux groupes étudiés. Les PS ont par contre produit plus d'évocations ($N = 2493$, $m = 8,31$) que les NPS ($N = 2279$, $m = 7,59$) (cf. Annexe 2. Nombre de mots et d'occurrences : récapitulatif pour tous les mots inducteurs).

Pour choisir un seuil de fréquence commun à tous les mots inducteurs pour la mise à jour des quatre cadrants des analyses prototypiques, nous avons appliqué le test binomial. Ce test, qui repose sur la loi binomiale, permet de calculer le seuil minimum de fréquence des mots associés au delà duquel il est estimé que les termes sont consensuellement cités par les sujets de ce groupe, c'est-à-dire que leur probabilité d'avoir été associés diffère significativement du hasard (Lacassagne, Sales-Wuillemin, Castel et Jabrane, 2001 ; Sales-Wuillemin, 2005). Il prend en compte le nombre de sujets, le nombre moyen de termes associés par les sujets et le nombre total de termes différents associés par chaque groupe. Nous avons choisi de ne retenir que les termes associés avec une probabilité $p < .05$. Le test montre que les mots associés pour chaque groupe et chaque mot inducteur par au moins 7 personnes ne sont pas cités au hasard et sont donc partagés par les membres du groupe considéré. Le seuil retenu a donc été 7 pour l'ensemble des analyses prototypiques.

6.1. La représentation sociale de la « Maladie »

Analyse prototypique de la représentation sociale de la « Maladie » chez les PS et les NPS

Les PS et les NPS ont associé massivement la « Maladie » à l'une d'entre elles, le cancer, ainsi qu'aux douleurs et à la souffrance qu'elle suscite, termes qui ont été cités par au moins 15 personnes. En étant les mots les plus fréquents et les mieux placés (case 1), ils font consensus. Le mot grave, bien que deux fois moins cité, figure en bonne place lui aussi dans les deux groupes. Les termes qui suivent chez les PS se réfèrent à la pratique professionnelle (diagnostic) ou bien décrivent les conséquences comme la fatigue, voire le handicap. En évoquant le mot virus, les NPS renvoient la maladie à une cause inexplicée, qui peut susciter peur et mal-être, et s'expriment ainsi du point de vue du malade et de son ressenti, termes que l'on retrouvera chez les PS dans la première « zone potentielle de changement » (cases 2). Dans cette zone, le terme médecin tient une place importante, puisqu'il est le second terme à avoir été le plus cité par les PS ($f = 24$), et le premier pour les NPS ($f = 36$), suivi par les deux issues possibles de la maladie, la mort dans le pire des cas, la guérison dans le meilleur. Est mentionné aussi le traitement qui va être mis en place, notamment à l'aide de médicaments, et la possible entrée à l'hôpital, plus activé néanmoins chez les NPS que chez les PS. La maladie est donc d'emblée associée à tout ce qu'elle génère tant chez l'individu atteint (dont la dépendance) que chez les PS qui vont intervenir. Mis à part incurable qui apparaît seulement chez les NPS, les termes sont jusque là très similaires. Dans la deuxième « zone potentielle de changement » (case 3), la pathologie décrite par les PS renvoie à plusieurs états qui peuvent survenir de manière plus ou moins immédiate et importante (déséquilibre, fièvre, diminution, ...), et s'installer dans la durée (tristesse, combat, chronicité, ...). Du côté des NPS, on trouve des termes qui n'apparaissent

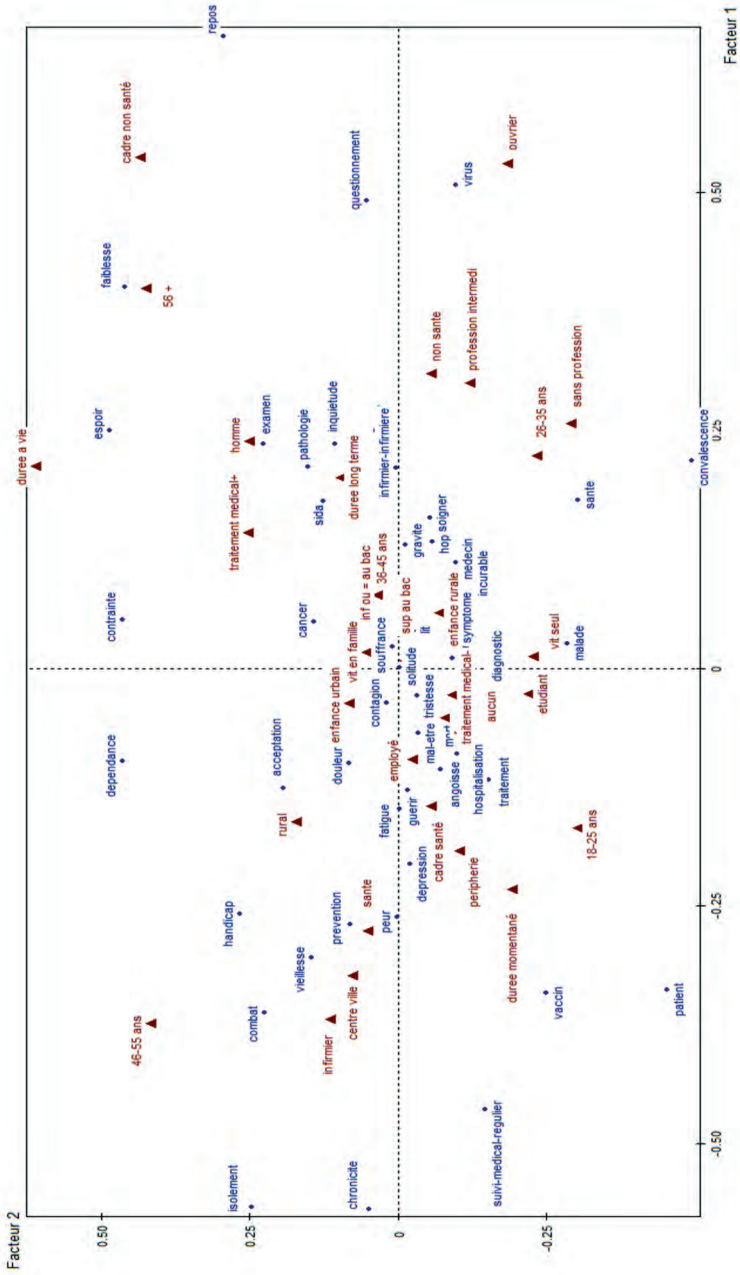
à aucun moment chez les PS tels que sida, santé et faiblesse, et plus encore dans la périphérie extrême, tels que repos, arrêt de travail, questions, recherches et aliter. Les associations renvoient davantage que chez les PS aux bouleversements qui viennent perturber la vie du patient dans son quotidien, tant sur le plan individuel que social (ne plus pouvoir travailler), et à son envie de comprendre. Du côté des PS, on retrouve certains de ces aspects liés aux suites possibles de la maladie, mais toujours rapportés directement à la maladie elle-même, sur le plan individuel par exemple avec les complications, ou sur le plan social avec la contagion et les épidémies. Le ressenti du patient est évoqué par les deux groupes, allant de la peur à l'acceptation (ce terme n'est pas présent chez les NPS), en passant par le mal-être, la solitude, l'angoisse, voire la dépression (termes absents chez les NPS), autant de termes qui ne se réfèrent plus à la maladie en tant que telle, mais au malade.

À l'issue de cette première analyse, on notera la grande similarité des mots associés par les deux groupes. Pour les PS comme pour les NPS, la maladie est renvoyée à ses symptômes, et à la structure de soins qui la prend en charge, mais aussi aux conséquences sur le patient qui endure plus ou moins bien ce qui lui arrive. La différence essentielle qui réside entre PS et NPS tient au fait que les NPS renvoient plus la maladie sur ses implications directes dans la vie du patient, alors que les PS font davantage un descriptif des états provoqués par la maladie et au soin, et ce notamment dans la périphérie extrême.

Analyse catégorielle de la RS de la « Maladie »

Catégories	Poids de la catégorie	
	PS	NPS
1. TRAITEMENT		
1.1. Médicaments (antibiotiques, ...)	24,9 %	22,9 %
1.2. Autres interventions (chirurgie, vaccins, ...)		
1.3. L'après ... (suivi, convalescence, ...)		
2. CONSÉQUENCES INDIVIDUELLES LIÉES A LA MALADIE		
2.1. Conséquences physiques (alité, grabataire, douleur, etc.)	21,8 %	21,6 %
2.2. Conséquences psychiques (dépression, traumatisme,...)		
3. MALADIES		
3.1. Noms (cancer, sida, Alzheimer, etc.)	20,6 %	18,9 %
3.2. Nature et Caractéristiques (bénigne, incurable, ...)		
3.3. Causes (nosocomiale, génétique, ...)		
4. CONDITIONS SPATIO-TEMPORELLES		
4.1. Institutions & acteurs de santé (urgences, médecin, ...)	14,6 %	15,9 %
4.2. Rapport au temps (durée, long terme, ...)		
5. RESENTIS AFFECTIFS		
5.1. Affects (peur, désespoir, ...)	11,6 %	13,3 %
5.2. Soutien social (famille, entourage)		
6. CONSÉQUENCES SOCIALES LIÉES A LA MALADIE		
6.1. Rapport au travail et à l'argent (arrêt de travail, sécurité sociale...)	6,5 %	7,4 %
6.2. Changements de vie (projets qui s'écroulent, hygiène de vie,...)		

Figure 2 : Graphique factoriel pour l'analyse de la RS de la « Maladie » (croisement mots-caractéristiques des sujets)



Les trois catégories les plus investies se réfèrent au Traitement, aux Conséquences individuelles liées à la maladie, et aux Maladies, quel que soit le groupe concerné. Si ces premières catégories, à dominante descriptive, sont néanmoins davantage investies par les PS, la tendance s'inverse pour les trois dernières catégories dont les thématiques sont liées aux implications de la maladie dans le quotidien du patient, qui, par son nouveau statut, générateur d'affects négatifs, est amené à côtoyer dans la durée les institutions et les acteurs de santé, et à modifier son mode de vie, on pourrait dire aussi son « train de vie ». L'analyse catégorielle confirme ainsi la première analyse.

Analyse factorielle des correspondances de la représentation sociale de la « Maladie »

Le premier facteur explique à lui seul 19,83 % de la variance ; avec le deuxième, ils en expliquent 34,11 %. La lecture du graphique confirme de manière convaincante l'existence de cognitions partagées, situées à l'intersection des deux axes, autour desquelles gravitent les autres éléments de la représentation. Le terme qui se situe exactement à l'intersection des deux axes est Solitude (écart à l'indépendance nul). Pour les PS comme pour les NPS, face à la maladie, on est seul. Les autres mots les plus proches sont : souffrance (0,02), contagion (-0,04), et tristesse (-0,03). On peut être surpris de ne pas y retrouver tous les termes situés, par l'analyse prototypique, dans les zones centrales de nos deux groupes, à savoir douleurs, souffrance et cancer, mais cela vient confirmer le fait que si le noyau central est bien dans cette case (souffrance), tout ce qui se trouve dans cette case n'est pas central (cancer et douleurs). Nos deux groupes associent de manière consensuelle la maladie à ses conséquences individuelles sur le patient et aussi sociales avec le risque de contagion. Si l'on suit l'axe horizontal, on remarque de manière tout à fait claire que les différents PS se situent à gauche du graphique (Infirmiers, Cadre Santé, Santé), alors que les différents NPS se situent à droite du graphique (Non-santé, profession intermédiaire, employé), ce qui est confirmé par des contributions des PS et des NPS à l'axe 1 qui sont les plus importantes (toutes supérieures ou égales à 0,28 en valeur absolue). Autrement dit, ces critères s'avèrent être les plus discriminants et vont créer l'opposition de profils de l'approximation du premier facteur. Une deuxième approximation, donc un peu moins précise que la première, fait apparaître comme contribution au khi-deux la plus importante l'âge : les plus jeunes sont en effet situés en bas du graphique : 18-25 ans (-0,30), 26-35 ans (-0,23), tandis que les plus âgés sont situés en haut : 46-55 ans (0,42) et + de 56 ans (0,42). Examinons maintenant les termes qui se situent de chaque côté du graphique et notamment ceux dont la contribution à l'axe 1 est la plus élevée. A gauche (côté PS), les termes sont plus souvent descriptifs et formels, et renvoient quasi-exclusivement aux Maladies et à leur Traitement : chronicité et isolement (-0,57), suivi-médical-régulier (-0,46), vaccin (-0,34), vieillesse (-0,30), prévention (-0,27) et handicap (-0,26), même si certains sont plus directement orientés sur le patient et son combat (Ressentis affectifs) : combat (-0,36), patient (-0,34), peur (-0,26), et dépression (-0,20). A droite (côté NPS), on trouve des termes qui renvoient essentiellement au vécu de la maladie par le patient (Ressentis affectifs) : questionnement (0,49), espoir (0,25), inquiétude (0,24), et à ses répercussions au quotidien pour le patient (Conséquences

individuelles liées à la maladie) : repos (0,67), faiblesse (0,40), et convalescence (0,22). On trouve aussi quelques termes plus descriptifs tels que virus (0,51), fièvre (0,26), examen (0,24), pathologie (0,21), infirmier-infirmière (0,21) qui renvoient aux Maladies et à leur Traitement, ainsi qu'aux Acteurs de santé.

Ces trois analyses se complètent en montrant que les registres auxquels renvoie la « Maladie » sont assez proches et se rejoignent au sein de cognitions partagées axées sur les conséquences individuelles et sociales de la maladie, mais l'AFC vient confirmer les écarts déjà observés par l'analyse prototypique et catégorielle, en opposant clairement les NPS qui ont recours à un champ sémantique plus directement axé sur le vécu du patient, et les PS qui sont dans l'ensemble plus descriptifs, voire plus distants par rapport à l'objet d'étude.

6.2. La représentation sociale de la « Relation Médecin-Patient »

Analyse prototypique de la RS de la « Relation Médecin-Patient » chez les PS et les NPS

Les PS et les NPS ont produit deux mots qui arrivent largement en tête, en étant les plus fréquents et les mieux placés (case 1) : confiance et écoute. Il s'agit des deux termes le plus consensuellement associés à la « Relation Médecin-Patient ». Les références au secret professionnel et aux soins arrivent loin derrière tout en étant encore situés dans la zone centrale. Chez les PS, le terme confidences renvoie au secret, mais avec l'attente de fidélité de la personne qui les reçoit, et dans un climat familial, affectif où l'on dialogue, tout en faisant preuve de professionnalisme. Les NPS placent quant à eux dans les premiers rangs des évocations la notion de respect ($f = 9$; $r = 3,7$) que l'on retrouve moins bien placée mais plus citée chez les PS ($f = 24$; $r = 4,33$). Le dialogue évoqué par les PS devient échange et compréhension chez les NPS, qui mettent ainsi l'accent plus tôt sur une interaction active et impliquante. Dans les trois autres zones (cases 2, 3 et 4), nous retrouvons des termes communs tels que disponibilité, suivi, dossier médical, diagnostic, mais on relèvera la spécificité de certains registres, avec notamment chez les PS, de nombreux termes relevant de la pédagogie (explications, informations, clarté, communication, vérité) et du soutien (aide, accompagnement, soutien, relation importante) et chez les NPS des termes qui pourraient traduire une relation ambivalente suscitant des attentes fortes (conseils, patience, rassurer, attention) mais parfois déçues (manque de temps, rendez-vous).

En résumé, les deux groupes font référence aux capacités relationnelles et techniques du médecin qui se doit d'établir une communication claire afin d'instaurer un climat de confiance basé sur son savoir-faire, avec un accent plus fortement porté sur la pédagogie côté PS, et sur le soutien et l'échange, chez les NPS, parfois insatisfaits par des contraintes temporelles trop fortes.

Analyse catégorielle de la RS de la « Relation Médecin-Patient »

Les intitulés des deux premières catégories sont de Thom et Campbell (1997). La première catégorie appelée Compétence « interpersonnelle » du médecin est incontestablement la plus investie, ce qui n'est guère surprenant dans la mesure où

Tableau 5 : Analyse prototypique de la RS de la « Relation Médecin-Patient » chez les PS

		Rang moyen d'apparition					
		< ou = à 4			> 4		
		Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang
Fréquence	> ou = à 7	Confiance	57	1,63	Respect	24	4,33
		Écoute	31	3,29	Compétences	10	4,6
		Dialogue	12	3,17	Disponibilité	10	5
		Confidences	10	3,9	Confidentialité	8	4,25
		Secret professionnel	8	3,37	Soutien	8	5,62
		Professionnalisme	8	4	Compréhension	8	5,87
		soins	7	4	Prescription	7	4,28
	< à 7	Aide	6	3	Guérison	6	5,83
		Explications	5	4	Clarté	5	5
		Informations	5	3,4	Dossier médical	5	5,4
		Relation importante	5	4	Communication	5	5,6
		Traitement	4	4	Échange	5	5,6
		Vérité	4	4	Accompagnement	5	6

Tableau 6 : Analyse prototypique de la RS de la « Relation Médecin-Patient » chez les NPS

		Rang moyen d'apparition					
		< ou = à 4			> 4		
		Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang
Fréquence	> ou = à 7	Confiance	57	2,3	Diagnostic	11	4,45
		Écoute	40	3	Desiponibilité	11	4,54
		Secret professionnel	12	3,92	Rendez-vous	10	54
		Respect	9	3,7	Conseils	9	5,7
		Échange	8	2,75	Suivi	7	4,57
		Compréhension	8	4	Dossier médical	7	5,14
		Soins	8	3,87			
		Confidentialité	7	4			
	< à 7	Dialogue	6	3,5	Manque de temps	6	4,17
		Patience	4	3,67	Rassurer	5	4,83
		Professionnalisme	4	3,4	Attention	5	5,40

elle se réfère explicitement à la « Relation Médecin-Patient », telle qu'induite par la question. Toutefois les évocations y sont plus nombreuses du côté des PS. Les NPS font davantage référence à la Compétence « technique » du médecin dont ils soulignent les missions premières liées au diagnostic et au soin. La notion de Pouvoir est nettement plus abordée par les PS qui font référence aux statuts inégalitaires entre les protagonistes en présence, et aux aspects pécuniaires, tandis que les NPS se réfèrent davantage, comme pour l'objet « Maladie », aux Aspects affectifs et aux Conditions spatio-temporelles, à savoir ce qui renvoie au vécu du patient.

Tableau 7 : Analyse catégorielle de la RS de la « Relation Médecin-Patient » chez les PS et les NPS

Catégories	Poids de la catégorie	
	PS	NPS
1. COMPÉTENCE « INTERPERSONNELLE » DU MÉDECIN		
1.1. Aspects relationnels (relation superficielle, échange,...)		
1.2. Suivi/accompagnement (soutien, encourager, ...)	62,5 %	60,9 %
1.3. Pédagogie (clarté ou compréhension, ...)		
1.4. Respect (secret professionnel,...)		
2. COMPÉTENCE « TECHNIQUE » DU MÉDECIN		
2.1. Diagnostic (examens,...)	18,9 %	19,9 %
2.2. Soins/médicaments (cachet, piqûres)		
3. CONDITIONS SPATIO-TEMPORELLES		
3.1. Institutions/acteurs de santé (hôpital, médecin référent)	8 %	10,5 %
3.2. Rapport au temps (rendez-vous, manque de temps)		
4. POUVOIR		
4.1. Inégalités (dépendance, obéissance ,...)	6,9 %	3,1 %
4.2. Argent (honoraires, ...)		
5. RESENTIS AFFECTIFS ET SOUTIEN SOCIAL		
5.1. Affects (peur, ...)	3,7 %	5,6 %
5.2. Soutien (compagne, ...)		

Analyse factorielle des correspondances de la RS de la « Relation Médecin-Patient »

Le premier axe explique à lui seul 17,30 % de la variance ; avec le second, ils en expliquent 30,90 %. On constate que les termes qui se trouvent à l'intersection des deux axes sont bien les mêmes que ceux qui avaient été mis en évidence par l'analyse prototypique chez les PS et les NPS, à savoir confiance (0,00) et écoute (-0,05). Il s'agit donc bien d'éléments partagés par les deux groupes. On trouve aussi, proches de l'intersection des deux axes, les mots dialogue (-0,05) et confidences (-0,01) qui se trouvaient dans la zone centrale des PS, échange (0,02) et confidentialité (0,01) qui se trouvaient dans la zone centrale des NPS et dans les zones 2 et 4 des PS, mais aussi fidélité (0,01) que l'analyse prototypique n'avait fait ressortir dans aucun des deux groupes. Secret professionnel (-0,29), qui apparaissait dans la zone centrale des NPS et des PS, se situe nettement à gauche du graphique, du côté des NPS, qui sont positionnés de manière radicalement opposée aux PS situés à droite du graphique, ce qui est confirmé par des contributions à l'axe 1 des caractéristiques professionnelles toutes supérieures ou égales à 0,23 en valeur absolue. De nouveau se trouve rappelée l'importance de croiser des techniques d'analyse du corpus différentes, et l'insuffisance de la seule analyse prototypique pour mettre à jour le noyau central d'une RS. Parmi les mots qui se situent de chaque côté du graphique, et dont la contribution à l'axe 1 est la plus importante, on peut distinguer là encore assez nettement deux types de registres. A droite, donc du côté des PS, le registre majoritaire est celui des Compétences « interpersonnelles » du médecin, les termes étant reliés fortement à la notion

de respect, avec la contribution importante de l'expression tout-lui-dire (0,65), et aussi empathie (0.45), contrat (0.43), dévouement (0,31) et respect (0.15), mais ce sont surtout les aspects pédagogiques qui sont présents avec communication (0,41), clarté (0.34), connaissance (0.32), compétence (0.26), information (0.21). On trouve aussi dépendance (0.40) qui relève de la catégorie Pouvoir. A gauche, du côté des NPS, on trouve les mots attention (- 0.28), prise en charge (- 0.24), conseil (- 0.20), intimité (- 0.19), patience (- 0,18), secret professionnel (- 0.29), et aussi certains mots qui relèvent de la catégorie Compétences « techniques » du médecin comme médicament (- 0.47), diagnostic (- 0.29), efficacité (- 0.30). Mais la lecture du graphique fait apparaître deux registres différenciés, celui des PS qui se situent du côté des prescripteurs de soin, et du professionnalisme qui doit les accompagner, notamment par le biais d'une communication claire et reposant des connaissances et de la compétence, tandis que les NPS s'expriment dans un registre qui renvoie à l'intimité du cadre et à la bienveillance attendue de la part de leur médecin. On remarque chez les NPS les termes numéro (- 0.27) et rendez-vous (- 0.21) qui soulignent la perception inégalitaire de la relation. Notons enfin une dernière différence pleine d'intérêt, puisque l'on trouve soigner (- 0.18) du côté des NPS et guérir (0.19) du côté des PS.

Au final, l'analyse prototypique et l'AFC font ressortir les mêmes aspects, à savoir un fort consensus des deux groupes qui renvoient la « Relation Médecin-Patient » à de la confiance et de l'écoute, dans la confidentialité qui s'impose, avec toutefois un positionnement des PS en tant que garants de la qualité de la relation, et des NPS qui se trouvent dans une situation de dépendance à l'égard des compétences professionnelles du médecin, dont ils attendent franchise et soutien. L'AFC a permis d'éclairer les liens existant entre les différents champs sémantiques mis en évidence par l'analyse catégorielle.

6.3. La représentation sociale du « Médicament »

Analyse prototypique de la RS du « Médicament » chez les PS et chez les NPS

Trois termes sont présents dans les zones centrales des PS et des NPS : maladie, guérir et traitement. De nombreux termes associés par les PS l'ont été aussi par les NPS, l'inverse n'étant pas vrai, ce qui traduit des cognitions mieux partagées chez les PS. Les mots communs aux deux groupes, répartis essentiellement dans les cases 1, 2 et 3, se rapportent à la dimension technique (posologie, ordonnance, prescription, contre-indication...), à la dimension thérapeutique (soulager, douleur,...), aux types de médicaments (antibiotique, comprimé, pilule, générique,...), aux acteurs et lieux de santé (médecin, pharmacie), aux aspects nuisibles (drogue, effets secondaires) et à la dimension marchande (coût, laboratoire). Les termes qui diffèrent dans les deux groupes relèvent de champs sémantiques différents. Ceux des PS renvoient à la dimension technique et thérapeutique (observance, antalgique,...), tandis que ceux des NPS renvoient essentiellement aux effets nuisibles du « Médicament » (dépendance, trop, abus et surmédication) et aux aspects financiers (remboursement, trou sécurité sociale). D'ailleurs, drogue, automédication et dangereux figurent dans la zone centrale des NPS.

Tableau 8 : Analyse prototypique de la RS du « Médicament » chez les PS

		Rang moyen d'apparition						
		< ou = à 4			> 4			
		Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang	
Fréquence	> ou = à 7				Effet secondaire	25	4,64	
					Pharmacie	19	4,63	
		Traitement	26	2,73	Soigner	15	3,93	
		Maladie	25	2,88	Générique	14	4,79	
		Guérir	23	3,09	Contrainte	13	4,07	
		Posologie	12	3,50	Observance	12	4,50	
		Comprimé	9	3,78	Soulager	11	4,45	
		Prescription	7	3,57	Douleur	11	5,45	
		Coût	7	3,86	Ordonnance	10	4,20	
				Médecin	8	4,63		
				Contre-indication	7	5,43		
		< à 7						
						Curatif	5	4,80
						Pilule	5	4,80
						Interaction	5	5,20
						Anti-dépresseur	5	5,60
						Souffrance	4	4,75
						Labroatoire	4	5
					Antalgique	4	5,50	
				Indication	4	5,50		
				Préventif	4	5,50		
				Recherche	4	5,50		
				Confort	4	5,75		

Tableau 9 : Analyse prototypique de la RS du « Médicament » chez les NPS

		Rang moyen d'apparition						
		< ou = à 4			> 4			
		Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang	
Fréquence	> ou = à 7							
		Maladie	29	3,10				
		Guérir	25	3,24	Pharmacie	25	4,52	
		Médecin	22	4	Sécurité sociale	11	5,82	
		Générique	19	3,26	Dépendance	10	4,30	
		Soigner	18	2,44	Effet secondaire	10	5,30	
		Ordonnance	14	4	Placebo	9	4,22	
		Traitement	11	2,90	Homéopathie	9	5,56	
		Drogue	11	3,72	Soulager	8	5,63	
		Efficacité	9	3,22	Prescription	7	5,14	
		Antibiotique	8	2,88	Laboratoire	7	5,57	
		Automédication	8	3,63				
	Dangereux	7	4					
		< à 7						
						Notice	6	4,83
						Remboursement	6	7,67
						Comprimé	5	5
						Contrainte	5	4,75
						Accoutumance	4	5,25
						Pilule	4	5,25
						Abus	4	5,67
					Piqûre	4	6,33	
				Santé	4	7,67		
				Trou Sécurité Sociale	4	8		

Cette première analyse permet de voir qu'il y a des éléments similaires dans les deux groupes, mais que PS et NPS n'appréhendent pas le médicament de la même façon. Les PS associent plus de termes descriptifs et techniques tandis que les NPS font référence aux risques encourus par une consommation abusive et aux aspects financiers.

Analyse catégorielle de la RS du « Médicament » chez les PS et chez les NPS

L'analyse catégorielle met clairement en évidence la catégorie Utilisation des médicaments, dont le poids renvoie à environ deux tiers des évocations. Arrive en deuxième poids d'importance, bien que très loin derrière, la catégorie Conditions spatio-temporelles qui se réfère au quotidien du malade, et au sein de laquelle les NPS se sont, comme toujours jusqu'à présent, davantage exprimé. La catégorie Pouvoir est à l'inverse, cette fois-ci, plus investie par les NPS qui se réfèrent, en fait, surtout aux aspects financiers avec la question du remboursement des médicaments. Il est en effet souvent question dans l'actualité du « trou de la Sécurité Sociale » et des moyens qui sont mis en place pour y remédier. Les NPS savent que l'industrie du médicament est régie par une logique économique et que, s'ils ont accès aux médicaments à un prix relativement faible, c'est grâce au remboursement effectué sur un grand nombre d'entre eux. On peut noter cependant que les PS ne semblent attacher à ce point qu'une attention moindre, ce que confirment de récentes enquêtes selon lesquelles c'est essentiellement au pharmacien qu'incombe véritablement le choix du médicament à vendre, alors que nombre de médecins généralistes continuent de prescrire les marques de médicaments auxquelles ils sont habitués. Enfin la catégorie Relation avec le secteur médical est peu représentée, mais ce sont les PS qui s'y réfèrent par le biais du suivi. Au final, même

Tableau 10 : Analyse catégorielle de la RS du « Médicament »

Catégories	Poids de la catégorie	
	PS	NPS
1. UTILISATION DES MEDICAMENTS		
1.1. Type de médicament (comprimé, antibiotique,...)		
1.2. Raisons d'utilisation des médicaments (stress,...)	75,9 %	69,6 %
1.3. Fonctions thérapeutiques (soulager, aller mieux,..)		
1.4. Risques (dépendance, accoutumance,...)		
1.5. Types de prise (pulvérisateur, avaler,...)		
2. CONDITIONS SPATIO-TEMPORELLES		
2.1. Institutions/acteurs de santé (pharmacie, Sécurité Sociale,...)	10,8 %	15,8 %
2.2. Rapport au temps (durée, rapidité des soins,...)		
3. POUVOIR		
3.1. Inégalités (impuissance, inégalité ,...)	6,7 %	8,5 %
3.2. Argent (cher, remboursement,...)		
4. RELATION AVEC LE SECTEUR MEDICAL		
4.1. Suivi/accompagnement (consultation, surveillance,...)	6,6 %	6,1 %
4.2. Aspects relationnels (confiance, doute, ...)		

si les différences ne sont pas très marquées, les PS se situent davantage du côté de la description, tandis que les NPS sont du côté des « consommateurs ».

Analyse factorielle des correspondances de la RS du « Médicament »

Le premier facteur explique 22,82% de la variance, et les deux premiers 34,59%. A l'intersection des deux axes, on trouve les termes maladie (0,01), pilule (0,01), surconsommation (-0,02) et générique (-0,02). Maladie était bien présent dans les zones centrales des PS et des NPS. Générique était uniquement dans celle des NPS. En revanche, pilule, dont l'écart à l'indépendance est presque nul, était placé dans les périphéries extrêmes des PS et des NPS. Soulignons de nouveau l'intérêt de l'analyse factorielle par la prise en compte de toutes les caractéristiques des personnes de l'échantillon, et la spécification des liens entre les différentes modalités. Tous les PS se trouvent à droite du graphique, tandis que tous les NPS se trouvent à gauche, confirmant ainsi les registres contrastés auxquels ils se réfèrent. Du côté des PS, on trouve des termes essentiellement « techniques » et descriptifs liés aux conditions d'utilisation et s'inscrivant dans un registre « scientifique » : interaction (0,42), observance (0,36), gélule (0,30), effets-secondaires (0,29), molécule (0,25), posologie (0,23) ou encore contre-indication (0,23). On y trouve aussi des types de médicaments comme antalgique (0,38) ou encore antidépresseur (0,34), même si ce dernier terme est rentré dans un emploi plus courant du fait de l'usage de plus en plus fréquent qui en est fait dans nos sociétés occidentales. Les termes durée (0,41), confort (0,29), contrainte (0,29) et douleur (0,27) renvoient davantage aux conséquences associées à la prise de médicaments, causée par une mauvaise-santé (0,33) et visant un mieux-être (0,26). Soulignons aussi la présence de toxique qui traduit la dangerosité du « Médicament ». Du côté des NPS, les termes dont la contribution est la plus élevée renvoient à cette évaluation plutôt négative du médicament avec accoutumance (-0,30), dangereux (-0,29), abus (-0,22), ou encore placebo (-0,32) qui montre la possible manipulation du patient par les PS ayant recours à cette mesure. La lecture de la notice (-0,43) pourrait permettre une automédication (-0,38), qui renvoie à un comportement qui se généralise. Un aspect spécifique aux NPS, et qui peut-être relié au précédent, est lié aux frais occasionnés par la prise de médicaments, et tout particulièrement à leur remboursement (-0,42), via la sécurité-sociale (-0,52). Les NPS sont des consommateurs, mais aussi des payeurs ! Enfin on remarque la présence de termes renvoyant à des aspects plus descriptifs, comme aspirine (-0,55), homéopathie (-0,31) en tant qu'alternative à la médecine traditionnelle et enfin hôpital (-0,26) comme lieu de médicalisation par excellence.

Si la RS du « Médicament » recouvre des dimensions communes dans les deux groupes, on peut néanmoins souligner le recours à des termes issus de registres différents d'un groupe à l'autre, « scientifico-descriptifs » chez les PS versus « pratico-évaluatifs » chez les NPS. On notera aussi la référence aux aspects financiers qui est spécifique aux seuls NPS.

6.4. La représentation sociale de l'« Observance »

Si les NPS ignorent tout ou presque de la signification de ce terme qui relève d'un registre spécialisé, en revanche, ils ont bien une représentation de ce à quoi elle renvoie. Chacun a en effet l'expérience propre ou par personne interposée de la maladie et des phénomènes d'observance qui lui sont associés. Du fait de ce décalage, nous avons inséré, au sein du questionnaire, la définition proposée par Fontaine et Salah, 1991 (cités par Fischer, 2002), selon lesquels l'observance correspond à « un ensemble de comportements qui peuvent englober non seulement la prise de médicaments, mais également le suivi de régimes alimentaires ainsi que les comportements adaptés ou « sains » intervenant dans le style de vie et qui influencent la santé ». Cette définition a incontestablement influencer les associations libres, mais on remarquera que la sélection des éléments n'a pas été la même d'un groupe à l'autre et c'est sur quoi nous porterons notre attention.

Analyse prototypique de la RS de l'« Observance » chez les PS et les NPS

PS et NPS renvoient de manière consensuelle la RS de l'« Observance » à l'hygiène de vie. Mais les termes associés par ailleurs se situent dans des registres bien différents dans les deux groupes. Du côté des PS, la zone centrale est constituée de termes qui décrivent de manière distanciée les contraintes suscitées par l'observance (suivi médical régulier, traitement, rigueur), alors que du côté des NPS, l'accent est d'emblée mis sur les comportements effectifs qu'il va falloir changer pour recouvrer la santé et l'équilibre. Il va falloir faire de l'exercice physique, modifier son alimentation, réduire voire supprimer tabac et alcool... A noter que ces derniers termes font partie de ceux qui ont été les plus cités par ce groupe, ce qui n'est pas toujours le cas. Dans les zones potentielles de changement des PS, les termes se réfèrent aux aspects techniques et descriptifs (médicament, posologie, ordonnance...) liés à la rigueur imposée par le traitement médical (horaires stricts), voire à l'assujettissement des patients (dépendance, obéissance...). C'est seulement dans la périphérie extrême que l'on retrouve des termes liés à la transformation du mode de vie (alimentation équilibrée) basé sur un (ré-?)apprentissage (éducation, information). Les zones potentielles de changement des NPS renferment un seul terme qui se réfère explicitement au domaine médical (suivi médical régulier) tandis que les autres comme contrainte, stress ou obligation soulignent la pression exercée auprès des patients, dont la motivation est nécessaire dans le respect de soi. Dans la zone extrême, loisirs et bien-être sont les seuls termes à connotation clairement positive, et responsabilité souligne la nécessaire auto-gestion des patients. Les tout-derniers termes se rapportent de nouveau à l'hygiène de vie recommandée.

En bref, si l'hygiène de vie est au cœur de la question de l'observance pour les deux groupes, chacun est focalisé sur des domaines spécifiques : les PS privilégient d'une manière distanciée les aspects techniques et pédagogiques liés au traitement, tandis que les NPS se réfèrent au changement de mode de vie nécessaire à l'amélioration de leur santé, et à toutes les incidences très concrètes que cela entraîne sur leur quotidien.

Tableau 11 : Analyse prototypique de la RS de l'« Observance » » chez les PS

		Rang moyen d'apparition					
		< ou = à 4			> 4		
		Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang
Fréquence	> ou = à 7	Contrainte	17	2,8	Médicament	7	4,4
		Suivi médical régulier	16	2,7			
		Hygiène de vie	14	3,2			
		Traitement	9	3,9			
		Rigueur	8	2,7			
	< à 7	Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang
		Horaires stricts	6	3,5	Alim. équilibrée	6	4,2
		Posologie	6	3,3	Éducation	5	4,4
		Ordonnance	5	2,4	Suivi du traitement	4	5,3
		Compliance	5	3,2	Obéissance	4	5,75
Prescription	5	2,7	Information	4	4,85		
Dépendance	4	2,85					

Tableau 12 : Analyse prototypique de la RS de l'« Observance » » chez les NPS

		Rang moyen d'apparition					
		< ou = à 4			> 4		
		Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang
Fréquence	> ou = à 7	Exercice physique	24	3,8	Suivi médical régulier	10	4,2
		Alim. équilibrée	22	3,7			
		Hygiène de vie	17	2,8			
		Tabac	11	2,4			
		Santé	10	2,9			
		Équilibre	7	2,8			
		Alcool	7	3,4			
	< à 7	Mots	Fréquence	Rang	Mots	Fréquence	Rang
		Contrainte	6	2,7	Loisirs	6	5,42
		Horaires stricts	5	2,3	Responsabilité	6	5,3
Stress	5	3,54	Bien-être	6	4,1		
Respect de soi	4	3	Boire beaucoup eau	6	5,2		
Obligation	4	2,68	Mode de vie	5	4,5		
Motivation	4	3,9	Respecter sommeil	4	4,3		

Analyse catégorielle de la RS de l'« Observance » chez les PS et chez les NPS

L'« Observance » constitue sans conteste le mot inducteur qui a occasionné les différences les plus importantes entre les deux groupes dans ce type d'analyse. Ainsi la première catégorie intitulée Mode de vie renferme deux fois plus d'évocations émanant des NPS que des PS, ce qui vient confirmer le fait que les PS renvoient

Tableau 13 : Analyse catégorielle de la RS de l' « Observance »

Catégories	Poids de la catégorie	
	PS	NPS
1. MODE DE VIE		
1.1. Hygiène de vie (maigrir, pas d'alcool..)		
1.2. Hygiène mentale (qualité de vie, vie sans stress, , ...)	18,7 %	36,6 %
1.3. Cadre de vie physique (respirer de l'air pur, ...)		
1.4. Conséquences sociales (santé au travail, ...)		
2. MALADIE		
2.1. Nature et caractéristiques (maladie-chronique, anorexie, ...)		
2.2. Traitement (prise de sang, ...)	34,7 %	19,4 %
2.3. Institutions et acteurs (infirmier,...)		
2.4. Effets souhaités (amélioration, bonne santé ,...)		
3. RELATION PROFESSIONNEL-PATIENT		
3.1. Compétences interpersonnelles (confiance, respect,...)	18,7 %	7,7 %
3.2. Compétences techniques (ordonnance, prescription,...)		
3.3. Aspects informationnels (conseils, s'informer, ...)		
4. RESENTIS AFFECTIFS		
4.1. Affects (ennuyeux, dégoût, ...)	13,3 %	15,9 %
4.2. Soutien social (solidarité familiale,...)		
5. AUTO-GESTION DU PATIENT		
5.1. Se prendre en charge (agir en connaissance de cause, ...)	11,3 %	14,1 %
5.2. S'occuper de soi (se faire plaisir de temps en temps,...)		
6. IMPACT SOCIAL		
6.1. Etude (observatoire sanitaire,...)	3,3 %	6,3 %
6.2. Politique (santé publique, campagne préventive, etc.)		

l' « Observance » à toutes les modifications entraînées dans leur vie quotidienne (repas, sommeil, cadre de vie, ...) avant le traitement par lui-même. La deuxième catégorie intitulée Maladie renvoie à des aspects purement descriptifs quant à la nature de la maladie, le traitement, etc., et ce sont les évocations des PS qui y sont les plus nombreuses. L'écart est encore une fois bien plus important que tous ceux observés jusqu'alors. C'est aussi le cas de la troisième catégorie liée aux Relations Professionnel-Patient concrétisées par les compétences interpersonnelles et les aspects dits informationnels, où se réfèrent majoritairement les PS, tout comme nous l'avions déjà constaté pour la RS de la « Relation médecin-patient », mais de manière bien plus marquée ici. Les Ressentis affectifs ont encore une fois été évoqués par les NPS. On notera enfin deux nouvelles thématiques. L'Auto-gestion du patient est évoquée par les deux groupes, mais plus encore par les NPS, tout comme l'Impact social. Ces dernières dimensions montrent que si les patients doivent nécessairement s'écouter davantage, ils sont aussi conscients des répercussions sociales de la maladie. L'analyse catégorielle vient donc confirmer clairement les résultats de l'analyse prototypique.

Analyse factorielle des correspondances de la RS de l'« Observance »

Le premier facteur explique 34,97 % de la variance, les deux premiers 46,63 %, soit 10% de plus que pour les autres mots inducteurs, ce qui vient de nouveau confirmer la non-ambiguïté dans la répartition des termes et des caractéristiques. D'ailleurs, en dehors de confiance (-0,04 pour l'axe 1, 0,00 pour l'axe 2), les autres termes se trouvent plus éloignés de l'intersection des deux axes qu'ils ne l'étaient pour les autres mots inducteurs, traduisant des univers sémantiques nettement différenciés, avec des références moins bien partagées pour les deux groupes, ce qui ne fait que confirmer les résultats des deux précédentes analyses. Si l'on regarde les contributions les plus faibles aux deux premiers axes, qui renvoient aux dimensions partagées par les deux groupes, on trouve bien-être (0,00 pour l'axe 1 ; 0,20 pour l'axe 2), hygiène de vie (0,09 pour l'axe 1 ; 0,00 pour l'axe 2), prévention (0,07 pour l'axe 1 ; 0,09 pour l'axe 2), suivi du traitement (0,04 pour l'axe 1 ; 0,11 pour l'axe 2) et volonté (-0,05 pour l'axe 1 ; 0,15 pour l'axe 2). La présence du terme bien-être montre la nécessité pour les PS comme pour les NPS de contrebalancer les nombreuses contraintes exprimées par ailleurs, et rejoint équilibre et loisirs que l'analyse prototypique avait mis en évidence chez les NPS. Les PS et les NPS sont situés encore et toujours de manière radicalement opposée. Du côté des PS (à gauche du graphique), les termes qui ont la contribution la plus élevée renvoient essentiellement aux aspects techniques et descriptifs : horaires stricts (-0,63), ordonnance (-0,53), prescription (-0,50), compliance (-0,50), traitement (-0,40), posologie (-0,35), rigueur (-0,33), médicament (-0,30), suivi médical régulier (-0,20). On note aussi quelques aspects informationnels et pédagogiques : compréhension (-0,53), conseil (-0,37), information (-0,35), éducation (-0,30), assortis d'aspects négatifs comme contrainte (-0,29) et dépendance (-0,23). Du côté des NPS, la teneur est toute autre puisque, en dehors de observation (0,30), équilibre (0,29) et santé (0,23), l'essentiel des termes est axé sur des aspects autres que médicaux. Il s'agit des mêmes termes que ceux déjà repérés lors des analyses précédentes, à savoir exercice physique (0,43), mode de vie (0,42), tabac (0,41), alimentation équilibrée (0,40), alcool (0,33). On soulignera la contribution élevée du mot loisirs (0,61), mais aussi de stress (0,44).

Les différentes analyses sur la représentation sociale de l'« Observance » se confirment en montrant de manière tout à fait convaincante la différence fondamentale qui oppose les PS aux NPS, les premiers se centrant sur le traitement et ses contraintes, tandis que les seconds évoquent la transformation de leur mode de vie au quotidien. Si la définition proposée dans le questionnaire d'associations libres a pu contribuer à l'orientation des associations produites, la sélection des éléments par chacun des deux groupes ne s'est pas faite au hasard, car alors, pourquoi les PS seraient-ils essentiellement axés sur le traitement médicamenteux et la rigueur qu'il impose, et renverraient-ils si peu l'observance aux modes de vie à changer de leurs patients ? Et pourquoi les NPS associeraient-ils essentiellement, quant à eux, l'observance à ces modes de vie à changer et au fait de beaucoup s'occuper de soi, de penser aux loisirs, de changer finalement de manière de « penser la vie », plus qu'au traitement par lui-même ? On peut souligner aussi que de multiples supports

médiatiques s'emparent actuellement de la question de la santé. La publicité n'est pas en reste lorsqu'elle nous rappelle la nécessité de consommer les fameux « 5 fruits et légumes par jour », « d'éviter de grignoter », « de ne pas manger ni trop gras, ni trop sucré, ni trop salé, ni en trop grande quantité », de « faire de l'exercice physique », etc... Ces spots et autres « rappels à l'ordre » ne sont pas sans influencer sur les croyances et les représentations. Mais alors pourquoi joueraient-ils plus dans la représentation des NPS que dans celle des PS lorsqu'on leur parle d'« observance ? À noter que ce sont justement ceux de nos sujets qui suivent un traitement à vie (ils constituent 11% de l'échantillon) qui ont le plus associé les termes liés au mode de vie (tabac, alcool, exercice physique, alimentation équilibrée), comme le montre très nettement le graphique factoriel.

7. Synthèse

Les différentes analyses réalisées pour chaque objet de représentation ont permis de repérer des constantes. Quel que soit le mot inducteur, les associations ont toujours montré des cognitions partagées, et certaines d'entre elles sont d'ailleurs communes à l'ensemble des objets étudiés. C'est le cas de diagnostic, prescription, ordonnance et traitement. Ces termes méritent une attention toute particulière. Sur le strict point de vue structural, ils présentent une forte « saillance » en occupant une place privilégiée dans les évocations et une forte « connexité » en traversant les différents objets de représentation. Comme leur absence ferait perdre à la représentation toute sa signification, ils présentent donc aussi une « valeur symbolique » importante. Reste à savoir s'il s'agit de mots « matrices », c'est-à-dire « qui synthétisent à eux seuls toute une classe de concepts et condensent ainsi l'ensemble des significations de la représentation » (Moliner, 1994), et qui feraient d'eux des éléments « centraux » selon la théorie du noyau central. Les techniques utilisées dans la présente étude ne nous autorisent pas à conclure sur cet aspect. Si on resitue ces termes dans le contexte social, on peut noter que tous résultent de la rencontre interindividuelle médecin-patient. Le médecin, au cours de sa consultation avec le patient, élabore un diagnostic. Dans la plupart des cas, et c'est le rôle qui est attendu de lui (un médecin qui ne prescrit rien peut être considéré comme incompetent), il établit une prescription, rédige une ordonnance qui donne lieu à un traitement. Ces différents termes renvoient donc à une situation d'interaction où les rôles de chacun sont bien définis : « prescripteurs » d'un côté, « prescrits » de l'autre, la pièce se joue entre acteurs bien rôdés (Goffman, 1973). On peut noter cependant que ces rôles ont évolué au cours du XX^{ème} siècle, et que désormais les patients sont amenés à être plus actifs dans cette rencontre. Avec l'avènement du modèle « autonomiste », la relation médecin-patient se transforme en une sorte de contrat entre égaux, fait de droits et de devoirs réciproques, de respect et d'égalité, où le médecin se doit d'informer le patient, qui détermine, cette fois-ci, ce qui est bien pour lui. Même si le modèle « paternaliste » reste encore très usité en France, la réglementation évolue effectivement en faveur du second modèle depuis les années 1990 : charte du patient hospitalisé, nouveau code de déontologie médicale, recommandations de l'ANAES (devenue l'HAS), nécessité d'un consentement éclairé, libre accès au dossier médical, etc. Mais dans la pratique, on assiste à une

sorte de mixte, car il a été démontré de manière répétée que si la majorité des patients expriment, lorsqu'ils sont interrogés sur les lieux de soins, un fort désir d'être informés, seule une minorité manifeste le désir de prendre une responsabilité dans la décision médicale (Jeoffrion, 2008).

Ces termes sont aussi intéressants à étudier du fait qu'ils renvoient à une situation qui met en présence des membres de professions caractérisées par un statut spécifique et des patients qui appartiennent à des groupes sociaux divers (Adam & Herzlich, 1994). Ils permettent ainsi d'articuler le niveau inter-individuel (Niveau II) et le niveau positionnel ou intergroupal (Niveau III) et participent de la création d'un véritable « système représentationnel » (Garnier, Op. Cit.) dont ils pourraient bien constituer les « principes organisateurs ». Des études ultérieures auprès d'un échantillon soigneusement constitué et reposant sur une triangulation des techniques pourraient nous en apporter la preuve.

On a pu noter aussi la constance de registres de référence privilégiés par chacun des groupes, et confirmés par les analyses factorielles de correspondance. En effet, on a toujours constaté que les PS s'exprimaient majoritairement à partir d'un registre descriptif et technique qui leur permettait de porter un regard distancié sur les objets étudiés, tandis que les NPS recouraient régulièrement à un registre affectif qui exprimait les implications directes des objets de représentation dans leur vie quotidienne. L'analyse catégorielle a d'ailleurs permis de dégager explicitement la catégorie « Ressentis affectifs » du corpus lexical de chacun des mots inducteurs, sauf pour l'objet « Médicament » qui, sans parler d'affects, a suscité beaucoup de réactions chez les NPS liées au coût et aux risques dus à une sur-médication. Les autres « grandes » catégories sémantiques ont aussi fait apparaître, malgré des intitulés différents, des similitudes au travers des sous-catégories, qui montrent les articulations étroites entre chacun des objets de représentations. Par exemple, pour traiter le corpus sur la « Maladie », l'analyse catégorielle a donné lieu à une distinction entre la description du Traitement et celle des Maladies, alors que ces deux catégories se retrouvent comme deux sous-catégories liées au sein d'une même catégorie pour le corpus obtenu pour l'« Observance ». Ce qui montre bien la transversalité des thèmes mis à jour pour tous les objets de représentation étudiés, et donc les liens qui les unissent. Enfin, les graphiques factoriels ont été d'une aide incontestable pour la compréhension des liens entre les mots et la mise à jour de « noyaux de sens ». Ainsi pour l'étude de la « Relation Médecin-Patient », on a pu dégager toute une composante pédagogique clairement spécifique aux PS. Les différences ont été encore plus frappantes lorsqu'il s'est agi de dire ce à quoi renvoyait l'« Observance », mais le contraste entre les champs sémantiques mis à jour pour chacun des groupes n'ont pas pour autant exclu toute référence commune. Autant d'éléments qui montrent la nécessité du recours à une approche « multi-objets » et pluri-méthodologique afin de traiter de véritables « systèmes de représentations ».

8. Discussion

L'objectif de notre étude était double. Il s'agissait 1) de comparer les représentations sociales que les PS et les NPS avaient de plusieurs objets sociaux inscrits dans

le champ de la santé et 2) de comparer deux techniques de traitement du corpus recueilli pour la mise en évidence du contenu et de l'organisation des représentations sociales.

Concernant l'objectif premier, d'ordre heuristique, nous avons proposé deux hypothèses :

- L'hypothèse H1 postulait qu'on trouverait des éléments partagés par les deux groupes étudiés, du fait de leur appartenance à une même communauté culturelle. Nous avons pu constater qu'en effet, chacun des mots inducteurs a suscité des associations communes pour les deux groupes. L'hypothèse H1 est donc confirmée.
- L'hypothèse H2 postulait qu'on trouverait des spécificités chez les PS et les NPS, du fait d'un ancrage professionnel distinct. Nos résultats ont montré que, quel que soit le mot inducteur, les PS étaient essentiellement centrés sur les aspects descriptifs tandis que les NPS focalisaient plus leur attention sur les aspects affectifs et sur le vécu, et ceci plus encore pour l' « Observance ». L'hypothèse H2 est donc confirmée.

Notre étude, en ayant permis de dégager des formes de pensée sociale des PS et des NPS répond bien à son premier objectif. Concernant l'objectif secondaire, d'ordre méthodologique, nous avons proposé deux autres hypothèses :

- L'hypothèse H3 postulait que l'analyse prototypique et catégorielle permettrait de mettre à jour les éléments partagés par les deux groupes. Effectivement, on a pu observer que la plupart des mots situés dans la zone centrale mise à jour par l'analyse prototypique comportait des termes communs aux deux groupes et que certains des thèmes dégagés par l'analyse catégorielle étaient bien partagés par les deux groupes. L'hypothèse H3 est donc confirmée.
- L'hypothèse H4 postulait que l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) permettrait de mettre à jour les spécificités de chacun des groupes. En effet, elle a permis de dégager des noyaux de sens spécifiques à chaque groupe. L'hypothèse H4 est donc confirmée.

Le second objectif est donc lui aussi atteint, car les différentes techniques d'analyse des données utilisées s'avèrent complémentaires dans la compréhension des résultats. L'analyse prototypique de Vergès et al. est ancrée dans une approche consensuelle des RS en faisant apparaître les réponses collectives les plus saillantes et les plus connexes. L'analyse catégorielle, qui peut être discutable puisque résultant exclusivement de la catégorisation opérée par le chercheur, permet de donner du sens aux termes repérés par l'analyse prototypique et reflètent une pensée collective. L'AFC est fondée, au contraire, sur l'analyse des différences interindividuelles puisque sont les plus ou moins grandes différences de variation entre les individus qui rendent compte des facteurs obtenus (Moliner, Rateau et Cohen-Scali, 2002). Il s'agit dans tous les cas d'analyses qui permettent d'avoir un aperçu global de la façon dont s'organise l'ensemble des éléments, et d'avoir accès à des significations et à des évaluations pour donner lieu à un modèle bi-dimensionnel (Moliner

(1995a, 1995b). A noter que des analyses complémentaires seraient nécessaires pour valider le statut de centralité (appartenance au noyau central de la RS) des éléments repérés ici.

8.1. Des pistes de recherche vers les systèmes représentationnels...

Afin de tirer parti des limites de cette étude exploratoire, mais aussi de ses intérêts, nous dégagerons plusieurs pistes de recherche. Le modèle que nous avons proposé permet de replacer le patient dans un contexte social, et d'intégrer des éléments du champ qui renvoient aux quatre niveaux de Doise. Il va de soi que notre étude, uniquement basée sur une technique d'associations libres, n'a pas l'ambition d'articuler les différents niveaux, mais contribue à souligner l'intérêt d'études basées sur une approche multi-objets qui, en rendant compte des liens entre les éléments de chacun des niveaux et de leur articulation, viennent enrichir le champ théorique des « RS en réseau » ou des « systèmes de représentation ». Le chercheur tente de pénétrer deux articulations différentes, celle entre objets et celle entre groupes d'acteurs (Garnier, 2003). En croisant méthodes qualitatives et quantitatives par une stratégie de triangulation, ces études permettent de mieux comprendre les comportements et de rendre compte d'une forme de contextualisation (Santiago-Delefosse, 2002 ; Apostolidis, 2003, 2006). A ce titre, les travaux du GEIRSO sont exemplaires car ils permettent, par la mise en évidence de profils, de dépasser la description statique de facteurs et d'expliquer les mécanismes psycho-sociaux sous-jacents.

Dans le cadre de notre recherche, il est incontestable que les effectifs de nos groupes devront être augmentés, et que la différence PS-NPS devra être affinée, comme cela est déjà fait dans d'autres études. Ainsi la distance à l'objet peut être opérationnalisée à partir de plusieurs autres variables, comme nous l'avons fait dans une recherche sur la RS de la maladie, où sont différenciés, au sein des PS, trois groupes composés de médecins, d'infirmiers et de pharmaciens, et au sein des NPS deux groupes suivant qu'il suivent un traitement médical de longue durée qu'ils n'en suivent pas (article soumis). De cette manière sont pris en compte différents niveaux de connaissance et de pratique (Morlot & Sales-Wuillemin, 2008 ; Salesses, 2007). Les résultats mettent clairement en évidence les spécificités à l'intérieur de chacun des groupes, et contribuent davantage que dans la présente étude, à faire le lien avec les comportements. Ceci dit, les travaux qui s'inscrivent dans le champ des RS « manipulent » avec précaution l'idée d'anticipation des comportements. Le contexte d'exercice des PS gagnerait à être précisé de manière à mettre l'accent sur l'influence qu'il est susceptible d'exercer sur les RS. Enfin la prise en compte du contexte social et économique de la santé lié aux politiques mises en place est nécessaire. La loi «Hôpital, patients, santé et territoires», qui est actuellement en discussion en France, aura, sans conteste des effets sur les relations entre les professionnels de santé et les patients.

8.2. ... aux applications professionnelles

Les représentations liées à la santé constituent des facteurs déterminants quant à la réussite ou l'échec d'un traitement, notamment pour les malades souffrant d'une

maladie chronique. S'intéresser à ces représentations et comprendre où résident leurs différences est un pas nécessaire et efficace pour tenter d'améliorer les échanges entre les professionnels de santé et les patients, et participer activement à la réussite des traitements. Peebles et Moore (1996) avaient montré qu'il n'existait pas une vision commune aux patients et aux médecins de la maladie et que la construction de cette vision commune était un facteur de succès dans le traitement. Or la plupart des travaux prennent pour objet l'un ou l'autre groupe de manière approfondie, mais rarement les deux, malgré des conclusions qui vont dans ce sens. Un bon exemple nous est fourni par Boutry, Matheron et Bidat (2001), selon lesquels les RS du monde médical insistent essentiellement sur les signes et les symptômes de l'affection, tandis que les patients se représentent davantage la maladie en fonction des activités qu'elle lui autorise ou qu'elle lui interdit. Leurs conclusions corroborent en partie les nôtres. D'après ces mêmes auteurs, négliger ces représentations peut conduire les PS à être confrontés à trois types de problèmes :

- des malentendus générés par une mauvaise compréhension de certaines informations. Le vocabulaire des NPS et des PS peuvent être différents (notre étude l'a d'ailleurs clairement montré).
- un décalage entre les attentes du patient et les « solutions » proposées par les PS. Loin d'être systématiquement formulées par les patients, voire même inconscientes, elles peuvent passer inaperçues.
- des problèmes d'observance et d'adhésion au traitement. Ce risque découle des deux premiers et peut mener à un échec de la prise en charge.

Conscients de ces difficultés, les auteurs soulignent les initiatives de plus en plus nombreuses prises pour explorer les représentations des patients notamment au sein d'équipes pluridisciplinaires comprenant le médecin, le psychologue, l'« éducateur », et ceci par le biais d'entretiens approfondis menés avec les patients et leur entourage. L'exploration de ces représentations apprend à l'équipe soignante à écouter différemment le patient et sa famille, et à leur offrir un « nouvel espace d'expression ». La relation médecin-patient n'en est que renforcée (Boutry et al., Op. Cit.). Nous soulignerons quant à nous le fait que cette exploration n'est que trop rarement réalisée chez les PS, alors qu'ils reconnaissent disposer eux-mêmes de leurs propres représentations parfois éloignées elles-aussi des savoirs dits objectifs. C'est donc bien cette visée comparative qu'il faut privilégier, par la prise en compte des représentations sociales des NPS mais aussi des PS afin d'améliorer les échanges et la communication et d'être ainsi plus efficaces dans une lutte commune contre la maladie. ■

Notes

1. Dans la mesure où les expressions Représentation Sociale, Professionnel de Santé et Non-Professionnel de Santé seront souvent utilisées dans la suite du texte, nous utiliserons les abréviations RS, PS et NPS, sauf dans les titres des paragraphes.

2. Nous remercions la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) grâce à laquelle une partie de cette étude a pu être réalisée. Nous remercions aussi les Professeurs Billaud et Raffi du CHU de Nantes qui nous ont ouvert les portes de leur service (Infectiologie). Nous remercions enfin l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire : NPS anonymes, et personnels de différents hôpitaux, pharmaciens au sein de leur officine, etc.

Bibliographie

- Abric, J.-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales développements récents. *Psychologie & Société*, 4, 81-103.
- Abric, J.-C. (Ed.) (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.
- Adam, P. et Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Armand Colin.
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques. In J.-C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 13-35). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en Psychologie sociale de la Santé. *Psicologia: Toria e Pesquisa*, 22(2), 211-226.
- Bataille, M., Blin, J.-F., Jacquet-Mias, C. et Piaser, A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'Année de la recherche en sciences de l'éducation*, 57-89.
- Benzecri, J.-P. et Benzecri, F. (1980). *Pratique de l'analyse des données*. Vol. 1. Paris: Dunod.
- Bishop, G.D. (2004). Health and illness: Mental representations in different cultures. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 6489-6491.
- Bonardi, C., De Piccoli, N., Larrue, J. et Soubiale, N. (1994). Dipendenza o interdipendenza della rappresentazioni sociali: la rappresentazione dell'Europa e quella della politica. *Giornali Italiano di Psicologia*, XXI, 3, 399-419.
- Bonardi, C. et Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris: Dunod.
- Boutry, L., Matheron, I. et Bidat, E. (2001). Quand les prescriptions ne sont pas suivies... Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41, 470-476.
- Brandin, P., Choulot, S. et Gaffié, B. (1998). Etude expérimentale de la transformation de deux représentations en réseau. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 37, 97-121.
- Cathébras, P. (1997). Qu'est-ce qu'une maladie ? *La Revue de médecine Interne*, 18(10), 809-813.
- Corrazé, J. (1992). *Psychologie et médecine*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dany, L. et Abric, J.-C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 20(3), 77-104.
- Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E. et Favre, R. (2005). Patients et médecins face à la chimiothérapie. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 2(1), 57-67.

- De Rosa, A.-S. (1995). Le « réseau d'association » comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales. Structure, contenus et polarité du champ sémantique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28(4), 96-122.
- De Rosa, A.-S. (1988). Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. *Connexions*, 51, 27-50.
- Di Giacomo, J.-P. (1986). Alliances et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de contestation. In W. Doise et A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 118-138). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Doise, W., Clemence, A. et Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Fischer, G.-N. et Tarquinio, C. (1999). Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques*, 4, 31-43.
- Flament, C. (1984). From the bias of structural balance to the representation of the group. In R. Farr et S. Moscovici (Eds.), *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fraïssé, C. (2000). Influence de la fréquence de mise en œuvre de pratiques sur une structuration inter-représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 45, 85-97.
- Garnier, C. (2000). *Analyse des représentations sociales dans la prescription des médicaments psychotropes*. Rapport de recherche. Montréal: GEIRSO-Université du Québec à Montréal. Retrieved March 10, 2009, from <http://geirso.uqam.ca/publications/pdf/AnalyseRepresentationsSocialesPrescriptionPsychotropes.pdf>
- Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament: lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 1(1), 1-9.
- Garnier, C. (Ed.) (2005). *Systèmes de représentations sociales liées à la prescription et à l'observance des médicaments: le cas des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs*. Rapport de recherche. Montréal: GEIRSO-Université du Québec à Montréal. Retrieved April 2, 2009, from http://chaîne.uqam.ca/publications/pdf/pub_rapport.pdf
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. 2. *Les relations en public*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Guimelli, C. (1989). *Chasse et nature en Languedoc*. Paris: L'Harmattan.
- Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 83-107). Paris: Presses Universitaires de France.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS.
- Jeoffrion, C., Lafon, J.-C. et Imbert de Balorre, E. (2004). *La non-observance: état des lieux, analyse des causes, remédiation*. Rapport de recherche pour la CNAMTS. Direction scientifique Christine Jeoffrion. Université de Nantes (2003-2004).
- Jeoffrion, C. (2008). L'évolution de la relation « médecin-patients » à partir de l'étude de sa représentation sociale. In J.M. Hoc T.Y. Corson (Eds.), *Actes du Congrès 2007 de la Société Française de Psychologie* (pp. 199-207). [<http://www.sfpsy.org/IMG/pdf/actes-SFP2007.pdf>]
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lacassagne, M.-F., Sales-Wuillemin, E., Castel, P. et Jébrane, A. (2001). La catégorisation d'un exogroupe à travers une tâche d'associations de mots. *Papers on Social Representations*, 10(7), 1-11.

- Laplantine, F. (1998). *Anthropologie de la maladie (1986-1992)*. Paris: Payot.
- Larrue, J., Bonardi, C. et Roussiau, N. (2000). Etude des liens entre plusieurs objets de représentations sociales. *Anuario de Psicología*, 31(3), 19-37.
- Lebel, E., Lavallée, M., Maouia, A., Atsena, M.-T., Chamberlain, J., Camara, P., Girard, M. -E. (2006). Systèmes représentationnels et pratiques liées à la télévision. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 3(1), 24-43.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal/Paris/Casablanca: Gaëtan Morin Editeur.
- Milland, L. (2002). Pour une approche de la dynamique du rapport entre représentations sociales du travail et du chômage. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 15(2), 27-90.
- Moatti, J.-P., Spire, B. (2000). Living with HIV/AIDS and adherence to antiretroviral treatments. In J.-P. Moatti, Y. Souteyrand, A. Prieur, T. Sandfort, P. Aggleton (Eds), *Aids in Europe, new challenges for the social sciences* (pp. 57-73). Londres: Routledge.
- Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 199-232). Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Moliner, P. (1995a). Noyau central, principes organisateurs et modèle bi-dimensionnel des représentations sociales. Vers une intégration théorique ? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 44-55.
- Moliner, P. (1995b). A two dimensional model of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 25, 27-40.
- Moliner, P., Rateau, P. et Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratiques des études de terrain*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Morin, M. (2000a). Approches sociales et contextuelles de l'observance. *Le courrier de l'observance thérapeutique dans l'infection à VIH*, 1,2, 3.
- Morin, M. (2000b). Approches sociales et contextuelles de l'observance. *Le courrier de l'observance thérapeutique dans l'infection à VIH*, 1,2, 3.
- Morlot, R. et Sales-Wuillemin, E. (2008). Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet: application à l'hygiène hospitalière. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 21(4), 89-114.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Peebles, J.E. et Moore, R. (1996). Illness Schemata in Patients with Chronic Pain: prediction of Rehabilitation. *Abstracts of the International Congress of Psychology*, 389.
- Piaser, A. (2000). La différence statutaire en actes: le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaire. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 4, 57-70.
- Pedinielli, J.-L. (1999). Les « Théories » personnelles des patients. *Pratiques psychologiques*, 4, 53-62.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14(2), 47-59.
- Robert, S. et Garnier, C. (2003). Epistémologie de l'interdisciplinarité et représentations sociales: l'exemple du médicament. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 1(1), 1-14.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.

- Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale*. Paris: Dunod.
- Rouquette, M.-L. (1994). *Sur la connaissance des masses : essai de psychologie politique*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Sales-Wuillemin, E. (2005). *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage: représentations sociales, catégorisation et attitude, perspectives nouvelles*. Paris: L'Harmattan.
- Salesses, L. (2007). *Niveaux de pratique et représentation sociale d'internet chez les dirigeants et salariés de petites entreprises. Les représentations sociales. Constructions nouvelles*. Montréal: GEIRSO - Université de Québec à Montréal. Retrieved April 30, 2009, from http://geirso.uqam.ca/publications/pdf/Section3/Rep_prof/salesses.pdf
- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Sprimont: Mardaga.
- Scano, S., Junique, C. et Vergès, P. (2002). *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations, EVOC2000. Manuel d'utilisateur*. Aix en Provence.
- Thom, D.H., et Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44, 169-176.
- Tremblay, P. (2005). Les représentations sociales de la dépression: vers une approche pluri-méthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 2(1), 44-56.
- Tremblay, P. et Garnier, C. (2005). Représentation de la douleur chronique: commentaire à partir des notions de systèmes de représentations et de représentations professionnelles. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 2(1).
- Valence, A. et Roussiau, N. (2009). L'immigration et les droits de l'homme dans les medias: une analyse représentationnelle en réseau. *Les Cahiers Internationaux de la Psychologie Sociale*, 81, 41-64.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, Tome XLV, 405, 203-209.
- Vergès, P. (1994). Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 233-253). Lausanne: Delachaux et Niestlé.

Annexe 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Effectif		%	
	PS	NPS	PS	NPS
Sexe				
Hommes	18	24	24	32
Femmes	57	51	76	68
Total	75	75	100	100
Âges	PS	NPS	PS	NPS
18-25 ans	13	12	17,33	16
26-35 ans	18	25	24	33,33
36-45 ans	21	20	28	26,67
46-55 ans	18	11	24	14,66
56-65 ans	5	6	6,67	8
66-75 ans	0	0	0	0
76-85 ans	0	1	0	1,34
Total	75	75	100	100
Niveau d'études	PS	NPS	PS	NPS
Inférieur au bac	14	13	18,6	17,3
Egal au bac	5	9	6,7	12
Supérieur au bac	54	52	72	69,3
Non-réponse	2	1	2,7	1,4
Total	75	75	100	100
Lieu de vie de l'enfance	PS	NPS	PS	NPS
En ville	36	27	48	36
En milieu rural	34	42	45,3	56
Non-réponse	5	6	6,7	8
Total	75	75	100	100
Style d'habitat	PS	NPS	PS	NPS
Seul	11	15	14,7	20
En famille	61	53	81,3	70,7
Avec amis	0	1	0	1,3
Dans un foyer	0	3	0	4
Autres	3	3	4	4
Total	75	75	100	100
Profession	PS	NPS	PS	NPS
Hors santé				

Artisans-commerçants-chefs d'entreprise	3	4		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	15	20		
Professions intermédiaires	39	52		
Employés administratifs	12	16		
Ouvriers	6	8		
Santé				
Professions intermédiaires (domaine santé)	30	40		
Cadres et professions intellectuelles supérieures (domaine santé)	34	45,3		
Professions de niveau d'études inférieur ou égal au bac (domaine santé)	11	14,7		
Total	75	75	100	100

Si profession de santé, quel secteur	PS	NPS	PS	NPS
Libéral	22		29,3	
Hôpital public	34		45,4	
Autres	19		25,3	
Total	75		100	

Lieu d'exercice	PS	NPS	PS	NPS
Centre-ville	40	15	53,4	20
Périphérie	13	6	17,4	8
Milieu rural	10	8	13,2	10,7
Non-réponse	12	46	16	61,3
Total	75	75	100	100

Traitement médical	PS	NPS	PS	NPS
Oui	20	21	26,7	28
Non	55	52	73,3	69,3
Non-réponse	0	2	0	2,7
Total	75	75	100	100

Longueur du traitement	PS	NPS	PS	NPS
Momentané	4	3	5,34	4
A long terme	11	8	14,66	10,66
A vie	5	9	6,66	12
Non-réponse	55	55	73,34	73,34
Total	75	75	100	100

Le taux important de non-réponse à la question correspondant à la longueur du traitement s'explique par le fait que les sujets qui ne suivaient pas de traitement lors de la passation du questionnaire n'ont pas répondu à cette question.

Annexe 2. Nombre de mots et d'évocations : Récapitulatif pour tous les mots inducteurs

Mots inducteurs	Nombre de mots différents			Nombre d'évocations		
	PS + NPS	PS	NPS	PS + NPS	PS	NPS
Maladie	482	250	232	1281	658	623
Moyenne	3,21	3,33	3,09	8,54	8,77	8,30
Relation Médecins-Patients	431	223	208	1315	674	641
Moyenne	2,87	2,97	2,77	8,76	8,98	8,54
Médicament	423	208	215	1196	636	560
Moyenne	2,82	2,77	2,86	7,97	8,48	7,46
Observance	548	266	282	980	525	455
Moyenne	3,65	3,54	3,76	6,53	9,66	6,06
Total	1884	947	937	4772	2493	2279
Moyenne	3,14	3,15	3,12	7,95	8,31	7,59