

Introduction

Pierre Tap

Évoquer l'existence d'une Psychologie sociale de la Santé est un acte risqué, en droit et en fait.

* En droit, n'a-t-on pas tendance à considérer la Santé comme le champ d'application de la psychopathologie et de la psychologie clinique, de la même façon que le champ de l'éducation serait le fief des psychologues du développement, et le travail celui des psychologues sociaux ? A vrai dire les champs d'application de la psychologie ne se réduisent pas à cette trilogie éducation-santé-travail. On devrait ajouter ceux de l'environnement, du socio-politique, de l'interculturel... Par ailleurs, l'existence des sciences de l'éducation doit nous rappeler le caractère pluridisciplinaire des divers champs d'application. La psychologie de l'éducation est une de ces sciences. Elle établit des ponts, bien sûr avec les différentes branches de la psychologie (développementale, sociale, différentielle, clinique), mais aussi avec la sociologie, l'histoire, (etc.)... de l'éducation. La psychologie du travail s'est détachée, plus ou moins, de la psychologie sociale.. et intègre de nouvelles disciplines (cf. par exemple la « psychodynamique du travail » développée par C. Dejours, au C.N.A.M, Paris) (cf. *Almudever et al.*)¹.

* En fait, les psychologues sociaux ne se sont intéressés aux processus liés à la maladie et à la santé que depuis peu, et personne ne revendique, en pays francophones et à ma connaissance (!), l'existence d'une sous-discipline de la psychologie portant l'intitulé du présent numéro spécial.

Par contre, se développent des efforts convergents pour la mise en place institutionnelle d'une Psychologie de la Santé, en tout cas en France². Dans l'éditorial du dernier numéro de *Psychologie Française*, consacré à cette nouvelle discipline, Pedinielli écrit « La Psychologie de la Santé fédère autour d'un champ, celui de la santé qui est en fait celui de la maladie, plusieurs sous-disciplines de la psychologie dont les objets, les méthodes, les paradigmes sont distincts »³.

Il reste à se demander *ce que la psychologie sociale peut apporter à cette nouvelle sous-discipline transversale.*

Ces apports, actuels et potentiels, m'apparaissent nombreux. Les évoquer me permettra de présenter la richesse des articles qui vont suivre, et qui, c'est important à signaler, sont le fait de psychologues sociaux et du travail, de psychologues du développement et de psychologues cliniciens.

Mais l'introduction de la psychologie dans le champ de la santé a été associée à ce que j'appellerai des « enjeux sociaux » (finalités sociales et culturelles définies à partir d'évolutions, de changements de contextes, d'événements localisés ou généralisés).

1 Les noms en italique renvoient aux auteurs d'articles du présent numéro.

2 Dans l'avant-propos de l'ouvrage de Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994), Stan Maes évoque la naissance (1976) et l'évolution de la section de Psychologie de la Santé au sein de l' A.P.A. Cette section comprend aujourd'hui plus de quatre mille membres !

3 Pedinielli (1996), p.104. Il est vrai qu'il ajoute plus loin « Mais elle ne saurait laisser hors de son champ... les maladies mentales ». Si la psychologie de la santé ne se confond pas avec la psychopathologie, elle ne l'exclut évidemment pas pour autant. Mais elle se centre plus sur les souffrances quotidiennes, et renvoie à ce que j'appelais, naguère, la clinique de l'identité et de la vie quotidienne (Tap, 1983).

■ Les enjeux sociaux

1. *Les préventions et les prises en charge.* Les facteurs socio-historiques et socio-économiques ont joué un rôle essentiel dans l'émergence de la psychologie de la santé, en particulier à propos du coût de la santé et de l'importance de la prévention et de la formation (*Pronost et Tap*), comme moyen d'éviter la lourdeur des prises en charge⁴.
2. *Les incidences sociales des « maladies de société ».* Les maladies comme les handicaps, les accidents, les conséquences d'actes terroristes, s'inscrivent dans des contextes relationnels, sociaux et culturels. La représentation des maladies infectieuses, la prise de conscience des nécessités de solidarité (associations liées au cancer, au sida, etc.), l'évaluation des conséquences relationnelles et institutionnelles de la gestion de la maladie et de la guérison, de l'accident et du handicap, amènent les instances politiques comme les organismes d'aide et de recherche à s'intéresser aux problèmes de la santé dans un contexte pluridisciplinaire, et en particulier aux causes et aux conséquences psychologiques et sociales, au delà de références purement médicales.
3. *L'importance des revendications et des luttes pour la promotion et la défense de la qualité de vie* joue également un rôle non négligeable dans cette « socialisation de la santé ». La prévention ne concerne plus seulement les individus séparés, mais les collectivités, à travers la défense de l'environnement, la lutte contre le bruit et le stress qu'il provoque. La notion de *bien-être psychologique*, plusieurs fois évoquée dans les articles ci-après (*Almudever et al.*; *Cazals et Baubion-Broye...*), est évidemment une traduction opérationnelle de la « qualité de vie psychologique »⁵.

■ Thèmes, notions et processus psychosociaux

En réponses à ces enjeux, les psychologues de la santé sont amenés à développer des positions *transactionnelles*, c'est à dire, en définitive, à refuser des conceptions trop centrées sur l'individu ou sur les déterminismes sociaux qui pèsent sur lui et à développer des concepts permettant d'analyser les modalités d'articulation entre les caractéristiques objectives de la situation, la façon dont le sujet donne sens à cette situation, et les diverses stratégies et réactions qu'il développe face aux problèmes qu'il doit résoudre.

1. *L'articulation du dispositionnel et du situationnel*

On sait l'importance de cette opposition entre les caractéristiques ou dispositions relevant de la personnalité du sujet, et les conduites et attitudes provoquées par le contexte ou la situation⁶. Cette préoccupation est constamment évoquée par les auteurs du présent numéro. On notera la conséquence conceptuelle et méthodologique de cette préoccupation, dans la différenciation entre l'anxiété-trait (dispositionnel) et l'anxiété-état (conjoncturel) (*Esparbès-Pistre*), des interactions entre la signification subjective du stress et l'impact différentiel des « stressseurs » externes (*Bruchon-Schweitzer et al.*), de la différenciation entre l'alexithymie primaire (dispositionnelle) et l'alexithymie secondaire (conjoncturelle) (*Pedinielli et al.*)⁷.

Introduire une conception transactionnelle, c'est nécessairement comprendre comment les déterminations sociales interviennent bien au niveau subjectif, mais c'est aussi vérifier que leur influence est réfractée par les caractéristiques dynamiques d'un sujet

4 Widlöcher, Blanchet et Pedinielli (1996), Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994).

5 Cf. Bacqué (1995) définissant le concept de qualité de vie, ses liens avec la subjectivité, et Pedinielli (1995) à propos de la « qualité de vie mesurée »; « l'évaluation de la qualité de vie procède le plus souvent d'une quantification ».

6 Voir les travaux du courant sociocognitif (Doise, Mugny, Monteil, Beauvois, Dubois...) et à titre d'exemple, les travaux de Dubois et Beauvois sur l'internalité (disposition ou norme ? ou les deux ?).

7 Une ambiguïté peut intervenir à propos du « dispositionnel ». Admettre son existence ne signifie nullement considérer son origine comme purement biologique, même si l'on met l'accent sur sa permanence (cf. le « fond anxieux permanent » évoqué par *Esparbès-Pistre*). La permanence de l'habituel peut être considérée comme un construit de la socialisation primaire (cf. la construction du caractère à travers les processus d'attachement primaire, cités par *Rasclé et al.*).

acteur (non seulement d'une mise en scène, mais aussi d'une mise en jeu) et sémaphore (porteur de sens).

2. *L'étude des conduites de « soutien social »* est évidemment centrale pour une psychologie sociale de la santé. On trouvera, dans le présent numéro, de multiples définitions, typologies ou remarques, à son propos. Le soutien social⁸ implique aide, appui, étayage, don, apport. Il peut être perçu comme ayant un effet, direct ou indirect, sur les conduites du sujet ; il peut être proximal (aide des proches) ou distal (aide sociale) (*Almudever et al., Rascle et al.*). Mais tous les auteurs sont d'accord pour considérer que l'important n'est pas la réalité objective (en nature ou en fréquence) de ce soutien, mais son impact sur la conscience que le sujet peut en prendre, le sens qu'il lui donne. Il n'y a donc pas de théorie de la transaction psychosociale sans l'introduction de la dimension subjective des déterminations et des influences sociales. Mais, à l'inverse, la question de cette influence reste posée. On notera par exemple que, selon les auteurs et les modèles proposés, *le soutien social peut être présenté comme une ressource externe (dont le sujet dispose ou non) ou comme une stratégie mise en oeuvre par le sujet pour résoudre le problème ou pour gérer ses émotions (coping)*. Cette variation est logique, le soutien social est une « interface » (des rapports dedans-dehors), et à ce titre, peut être analysé à la fois comme ressource et comme stratégie⁹.
3. *Le stress en situation professionnelle (Bruchon-Schweitzer et al.)* fait aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches, grâce à l'évolution de la psychologie du travail (accidents du travail, absentéisme...). Mais il faut associer ces recherches à celles qui étudient les jeunes en quête d'emploi ou en situation professionnelle précaire (*Cazals et Baubion-Broye*) et les chômeurs (*Almudever et al.*), pour mieux saisir la dynamique psychosociale des situations transitoires.
On constatera, à propos de ces recherches (et de celles qui suivent sur la maladie), la présence de ce que l'on pourrait appeler le « *biais de désirabilité sociale* ». Toute situation difficile (chômage, maladie, conflits conjugaux..) aurait pour effet de déstructurer la personnalité du sujet, de diminuer son bien-être psychologique, d'augmenter son stress et de faire baisser l'estime qu'il a de lui-même. A l'inverse, le soutien social interviendrait nécessairement plus souvent en situation critique, et aurait un effet positif.
Les résultats présentés dans ce numéro montrent qu'il n'en est pas toujours, ni automatiquement, ainsi. Le « statut attribué », surtout s'il est perçu négatif (stigmatisation du chômeur, de l'hémopathe ou du sidéen), ne permet pas de prédire, à lui seul, les conduites et les attitudes du sujet.
4. *L'usure professionnelle (ou burnout), (Pronost et Tap)* est une des conséquences des difficultés d'adaptation et de gestion du stress professionnel. Le modèle proposé par Maslach, pour décrire le burnout, évoque trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte d'accomplissement personnel). Il est intéressant de noter que le terme « dépersonnalisation » (fortement connoté en termes pathologiques), correspond en fait à la *dépersonnalisation de l'autre*¹⁰. Il s'agit, donc, ici d'un trouble de la socialisation, de la communication. L'étude plus psychosociale des conduites associées à l'usure professionnelle serait donc véritablement utile !
5. *Image de soi, Coping et Alexithymie chez des personnes atteintes de maladies graves (diabète, cancer, sida)* constitue le dernier ensemble de thèmes et de processus présentés ici (*Pedinielli et al.; Esparbès-Pistre; Sordes-Ader; Rouvière*).

8 On trouve parfois le terme de « support social » (sous l'influence du terme anglais).

9 Le soutien social n'est pas seulement don, il n'est pas réception passive. Il est souvent le résultat d'une quête éprouvante, d'actions du sujet pour être vu, entendu, reconnu, aimé.. A l'inverse, le sujet peut percevoir certains soutiens acquis comme étouffants, dévalorisants ou déplacés.

10 Dans le cas de l'usure professionnelle de l'infirmière, celle-ci tend à dépersonnaliser l'autre, à le réduire à l'état d'objet. L'argument évoqué ici s'appuie sur l'analyse des phrases proposées dans le *Maslach Burnout Inventory*.

La maladie modifie-t-elle les attitudes, les stratégies d'adaptation¹¹, la représentation de soi, le sentiment de bien-être psychologique... ? Y a-t-il des différences entre les malades, selon la nature de leur maladie ou comparés à un groupe témoin de personnes indemnes de maladie ?

On notera, comme précédemment pour le soutien social, que l'alexithymie (incapacité à gérer les émotions et les images mentales...) apparaît soit comme une maladie, soit comme une stratégie défensive de lutte contre la maladie. Dans ce dernier cas, il faut l'associer aux résultats obtenus à propos des capacités de contrôle et du soutien social.

On constate, ici encore, combien le biais de désirabilité joue à plein. Contrairement aux idées reçues, les malades développent, plus souvent que les groupes témoins, des stratégies de contrôle associées au refus (dénégation de la maladie) et à l'alexithymie (*Sordes-Ader*), celle-ci étant antinomique avec l'anxiété et la dépression (*Pedinielli*). Or, ce sont justement les sujets anxieux qui développent le plus les sentiments et les actes associés au soutien social (*Esparbès-Pistre*), c'est à dire les personnes indemnes de maladie ! Les cancéreux maximisent le contrôle et la prise de recul (associés à l'alexithymie) aux dépens, à la fois des émotions et du soutien social (*Sordes-Ader; Esparbès-Pistre*); ce qui donne raison à Wallon lorsqu'il disait que « les émotions chevillent le social au corps ». Il reste à expliquer pourquoi la maladie provoque ce repli socio-émotionnel. Il faudrait sans doute faire appel ici à des stratégies identitaires, fondées sur la nécessité de faire face seul, puisque l'on a peur de la peur des autres, ou de leur pitié.

Des différences sont aussi constatées entre cancéreux et sidéens (*Rouvière*). Les premiers sont plus ouverts à la communication, à l'interaction que les sidéens, ces derniers étant plus introvertis et plus soumis. La représentation du sida par l'entourage, et le contexte de stigmatisation et d'exclusion qu'il provoque, et le fait, à l'inverse, que les hémopathes (cancer du sang) ont un réseau proximal plus dense et plus fiable, peuvent expliquer, partiellement au moins, cette différence.

En conclusion, les articles qui suivent sont représentatifs (sans être exhaustifs) des problèmes que la psychologie sociale est en mesure de prendre en charge, pour en améliorer l'analyse, en termes de processus fondamentaux dans les situations difficiles ou à risques, aussi bien qu'en termes d'applications et d'aide à la résolution de problèmes concrets. Certains collègues pourraient trouver que l'on a fait ici la part trop belle à l'image de soi (self) et aux processus d'auto-évaluation. Mais plusieurs auteurs rappellent l'importance « objective » de tels processus. Et, comme le disait un jour Robert Pagès: « La psychanalyse ayant lâché le bébé (image de soi), on l'a refilé à la psychologie sociale, qui doit faire avec ! »

■ Références

- BACQUÉ, M. F. (1995): L'évolution du concept de subjectivité: aspects psychologiques, in n° « De l'intuition à l'évaluation », *Pratiques psychologiques*, 1, p. 3-4.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. & DANTZER, R. (1994): *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, P.U.F.
- PEDINIELLI J. L. (1995): Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet, in n° « Qualité de vie », *Pratiques psychologiques*, 2, p. 3-10.
- PEDINIELLI, J. L. (1996): Editorial: Psychologie de la Santé ou Psychologie du Pathologique, *Psychologie Française*, n° 41-2, p. 103-104.
- TAP, P. (1983): Clinique de l'identité ou identité du clinicien ? (en guise d'introduction), in n° « Clinique de l'identité », *Psychologie et Education*, 1, p. 1-5.
- WIDLÖCHER, D., BLANCHET A. & PEDINIELLI J. L. (1996): Introduction, n° spécial Psychologie de la santé, *Psychologie Française*, 41-2, p. 105-10.

¹¹ Les auteurs travaillant sur le coping traduisent différemment ce terme proposé par Lazarus: ajustement, maîtrise, « faire face ». Ce dernier terme serait plus adéquat. Malheureusement, il existe des stratégies de « retrait »... on peut difficilement parler de « faire face »... en tournant le dos! Après tout, le terme « stratégie d'adaptation » serait bienvenu, si on définissait l'adaptation, comme le faisait Piaget, en associant l'accommodation (primat du contexte) à l'assimilation (primat des schémas internes).