

**Représentations sociales de la maladie :
Comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes »**

A paraître dans la revue :
L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique

Christine JEOFFRION¹
Pauline DUPONT²
Dominique TRIPODI³
Christine ROLAND-LEVY⁴

¹ Maître de conférences HDR en psychologie sociale et du travail - Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL - UPRES EA 4638), Université de Nantes, France.

² Psychologue sociale et du travail

³ Médecin MD, PhD - Chef du Service Médecine Santé au Travail et Consultation de Pathologie Professionnelle du CHU de Nantes et membre du Laboratoire de recherche du LEEST (UA-InVS - IFR 132, UPRES EA 4336), Université d'Angers, France.

⁴ Professeur en psychologie sociale – Laboratoire de Psychologie « Cognition, Socialisation, Santé » (C2S - EA 6291), Université de Reims Champagne-Ardenne, France.

Auteur correspondant :

Christine JEOFFRION

Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (LPPL - UPRES EA 4638)

Université de Nantes - Faculté de Psychologie

BP 81 227

44 312 NANTES Cedex 3

06 48 17 82 15

Christine.jeoffrion@univ-nantes.fr

Résumé

Le lien entre pratiques et représentations sociales est désormais bien connu. Or, si de nombreux travaux se sont intéressés à la représentation sociale de la maladie mentale, et ce au sein de diverses populations, très peu d'études portent sur la représentation sociale de la maladie au sens large, et aucune ne compare les représentations sociales qu'en ont les professionnels de la santé (PS) et les non-professionnels de la santé (NPS). C'est sur ce point que se centre notre recherche. Le groupe des PS est composé de trois sous-groupes : « médecins », « infirmiers » et « pharmaciens » et celui des NPS de deux sous-groupes : les personnes soumises à un « traitement médical de longue durée » et les personnes « sans traitement ». 270 participants (135 PS et 135 NPS) ont répondu à une question d'évocation dont les données, selon la théorie dite du « noyau central », ont fait l'objet d'une analyse prototypique et catégorielle. Les résultats montrent qu'il existe une représentation sociale de la maladie partagée par les deux groupes, renvoyant essentiellement à la *souffrance* et à la *douleur*, mais des registres spécifiques sont aussi mis à jour au niveau périphérique pour chaque groupe. Les PS ont recours à des termes descriptifs renvoyant à la nature et aux caractéristiques de la maladie ; chaque profession évoque la maladie en fonction de son rôle propre. Alors que les médecins se centrent sur le diagnostic et les conséquences de la maladie, les pharmaciens privilégient le traitement de la maladie et sa prise en charge, et les infirmiers se centrent sur le traitement et sur le suivi relationnel des patients. Les NPS se réfèrent quant à eux à des termes focalisés sur le vécu personnel face à la maladie, sachant que les personnes qui suivent un traitement médical privilégient un registre lié à l'affect et aux conséquences de la maladie sur leur quotidien pendant que les personnes sans traitement ont recours à des termes plus descriptifs et formels. Conformément à nos hypothèses, les représentations des PS renvoient à des « représentations professionnelles », tandis que celles des NPS sont reliées à des « pratiques » de la maladie. Ces résultats invitent les PS à élargir les registres des échanges liés à la maladie de manière à favoriser une communication centrée sur une prise en charge du patient considéré dans sa globalité avant d'être un malade réel ou potentiel, et cela constitue un pas décisif dans l'amélioration de la santé du patient.

Mots-clés : Représentations sociales ; Représentations professionnelles ; Maladie ; Professionnels de la Santé ; Associations libres ; Analyse prototypique et catégorielle ; EVOC.

Conflit d'intérêt : aucun

Social Representations of Illness: Comparison of “expert” knowledge and “naïve” knowledge

Key Words: Social Representations; Professional Representations; Illness/Disease; Health Professionals; Free Associations; Prototypical and Categorical Analysis; EVOC.

Introduction

The link between social practices and representations is now well known. But while many studies have focused on the social representation of mental illness, in various populations, few studies have focused on the notion of disease/illness by comparing professionals and non-professionals health workers representations. Indeed, the disease is both a reality described, explained and treated by medicine; for those who are affected by a disease, it is an individual experience with psychological, social and cultural impacts. The social representation is determined by the structure of the social groups in which it develops; therefore, it is a form of knowledge socially shaped and shared by the members of a social group.

Several theoretical extensions have been elaborated and particularly, the structural approach and the central core theory. These approaches sustain the arguments of a hierarchical organization of a social representation with a central core surrounded by peripheral zones. The central core is common and shared by the majority of the members of a given group, whereas the peripheral zones provide space for the individualization of the social knowledge.

Purpose

The main goal of our study is to highlight the social representations of disease in Health Professionals (HP) and in Non-Health Professionals (NHP). The group of HP has been differentiated into three subgroups: “medical doctors”, “nurses” and “pharmacists”, while that of NHP in two subgroups: those submitted to a “long period medical treatment” and those “without treatment”. Our aim is to show that there are different social and professional Representations of disease. The professional representations are specific social representations related to professional contexts.

We formulate the following assumptions (a) that the social representations of HP and NHP will be articulated around a common central core. Nevertheless, we expect to find specific peripheral elements related to professional status, based on different knowledge and a differentiated “practice”; (b) the HP should refer to more descriptive aspects of the disease and monitoring of patients, while (c) NHP should refer more to the experience of illness around emotional aspects.

Method

Our sample is composed of 270 participants (135 HP and 135 HNP). Representations are measured by a free association task based on the target term: *disease*. The data have been submitted to prototypical and categorical analyses in agreement with the central core theory.

Results and Discussion

The results confirm that there is a common social representation of disease shared by the two groups, which refers essentially to *suffering* and *pain*. The analysis of each group brings to light two different registers: the one of the HP with more descriptive words referring to the nature and the illness's characteristics, and the other ones of the HNP with more words connected to emotions and referring to personal real experience of the illness. As expected, the social representation of the HP is referring to the “professional representations” of the disease, while the one for the HNP is linked to “practices” of an illness. An analysis of intra-group differences shows specificities for each of the questioned subgroups. In the HP, medical doctors focus on the diagnosis and consequences of the disease, pharmacists refer to

the treatment of the disease and its management, while nurses focus on the treatment and on the relation while monitoring patients. In the NHP, people submitted to a “long period medical treatment” refer to the emotional aspects and to the consequences of the illness on their live, while those without treatment use more descriptive and formal terms. These results suggest to the PS to expand exchanges related to the disease in order to facilitate communication centered on taking care of the patient, considered in its wholeness and not only as an actual or potential patient. This is an important step in improving the health of the patient.

Introduction

Si de nombreux travaux se sont intéressés à la représentation sociale de la maladie mentale, et ce au sein de diverses populations dont la population générale [1,2,3,4], les professionnels de santé [5,6], les proches de patients [7,8], les personnes âgées [9], très peu d'études portent, à notre connaissance, sur la représentation sociale de la maladie au sens large, et aucune ne compare les RS qu'en ont les professionnels de la santé (PS) et les non-professionnels de la santé (NPS). Nous proposons dans cette étude-ci de mettre en évidence la manière dont l'objet social « maladie » est pensé et vécu aujourd'hui dans notre société, tant par des PS selon leur statut professionnel, que par des NPS selon leur statut en termes de maladie. Ce travail s'inscrit dans la suite d'un programme de recherche que nous avons mené avec la CNAMTS¹ [10] et part du présupposé selon lequel les savoirs experts se différencient des savoirs profanes, et que la pratique [11], et le statut professionnel [12] influencent les représentations sociales. Ainsi, parmi les travaux qui se sont intéressés au lien entre les pratiques et les représentations sociales, certains ont posé que les pratiques sociales déterminent les représentations sociales [13] alors que d'autres insistaient surtout sur le rôle prescriptif que les représentations sociales ont sur les pratiques [14]. Aujourd'hui, la quasi-totalité des chercheurs s'accordent sur le fait que représentations et pratiques s'engendrent mutuellement. Dans notre étude, nous montrerons que les pratiques tant professionnelles que sociales de la maladie ont une influence sur les représentations sociales de la maladie.

Le champ de référence est celui des Représentations Sociales (RS) et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce que « la maladie est à la fois une réalité décrite, expliquée, traitée par la médecine, et une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux, culturels, etc., pour ceux qui en sont atteints », d'où l'opposition devenue classique entre « *illness* » (maladie-du-malade) et « *disease* » (maladie- selon le médecin) [15]. Or la théorie des RS repose sur le postulat selon lequel toute réalité serait représentée, c'est-à-dire « appropriée » par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif et intégrée dans son système de valeurs [16]. Elaborée et partagée par les membres d'un même groupe, une représentation sociale est une forme de connaissance courante, dite « de sens commun » qui a comme finalité l'organisation et l'orientation des communications et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé [17]. Là où d'autres approches échouent, le concept de RS permet de comprendre, voire d'anticiper les comportements. En effet, si l'approche socio-cognitive propose de nombreux modèles explicatifs, la principale limite est leur difficulté à expliquer le lien entre les attitudes et le comportement. En privilégiant l'aspect cognitif, ils sont trop axés sur les facteurs individuels, négligeant le rôle des influences émotionnelles, situationnelles et sociales, si bien qu'il est difficile d'en évaluer leur capacité prédictive réelle [18]. Les RS ont quant à elles clairement une fonction d'orientation des conduites ; elles guident les comportements et les pratiques : elles interviennent dans la définition de la finalité des actions et elles sont prescriptives en ce qu'elles servent de filtre des informations pour conduire à l'action. Elles permettent aussi de justifier les prises de positions et les comportements a posteriori [16]. L'étude des RS constitue ainsi une voie de choix pour comprendre quelles sont les croyances, les perceptions, les valeurs, etc., relatives à un objet et à un groupe, et quels leviers activer pour mettre en place et accompagner le changement [19].

Plusieurs modes d'approche des RS ont été élaborés et particulièrement la théorie dite du noyau central dans le cadre de laquelle s'inscrit la présente étude. Selon cette théorie fondée sur de nombreux travaux débutés dans les années 1970 et validée expérimentalement par Moliner [20], les représentations sociales se forment autour d'un « noyau central » qui

¹ CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

détermine la signification de la représentation ainsi que son organisation. Les éléments qui s'y trouvent sont partagés par la majorité d'un groupe donné. Des éléments périphériques sont structurés autour du noyau central, et de manière hiérarchisée, constituant la partie la plus concrète et accessible de la représentation. Les éléments périphériques exercent une véritable fonction de défense de la représentation afin d'en éviter la transformation. Ils sont organisés en trois zones périphériques spécifiques, qui constituent un espace pour une individualisation de la pensée sociale (*cf. infra*).

Piasser [21] s'est intéressé plus spécifiquement aux représentations professionnelles, qui 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.

Notre étude présente l'intérêt de prendre en compte les représentations de différentes catégories de professionnels de la santé, mais aussi celles des patients et de leurs familles, et ce dans le but d'une meilleure compréhension des uns et des autres. Trois groupes ont donc été constitués pour représenter les PS : celui des médecins, des pharmaciens et des infirmiers, et deux groupes du côté des NPS : celui des personnes qui suivent un traitement *versus* des personnes qui n'en suivent aucun. Cette variable a été contrôlée du côté des PS car en ont été retirés tous ceux qui suivent actuellement un traitement, de manière à s'assurer que les représentations soient comprises eu égard leur profession et non en raison de leur vécu personnel.

Nous avons posé comme hypothèses (a) que la représentation sociale de la maladie pour les PS et les NPS sera articulée autour d'un même noyau central mais sera constituée d'éléments périphériques distincts, sachant que (b) les PS devraient se référer davantage à des aspects descriptifs de la maladie et du suivi des patients, tandis que (c) les NPS devraient se référer davantage au vécu de la maladie et aux aspects émotionnels.

Par ailleurs, nous posons que (d) concernant les PS, par-delà la RS partagée, la maladie sera perçue comme objet de recherche pour les médecins, comme objet d'application du diagnostic pour les pharmaciens, et comme objet de soin pour les infirmiers ; et que (e) concernant les NPS, la maladie sera plus située du côté du ressenti pour les personnes qui suivent un traitement médical régulier, et sur un plan plus cognitif pour celles qui ne suivent aucun traitement.

Méthode

Échantillon

L'échantillon a été constitué à partir de contacts pris au sein de plusieurs structures hospitalières d'une grande agglomération de l'Ouest de la France, et par la méthode des « contacts en chaîne ». Les environnements professionnels des PS et des NPS sont de fait diversifiés, et les NPS qui suivent ou non un traitement sont des « tout-venants ». Au final, 270 questionnaires ont pu être exploités, dont 135 PS (45 médecins, 45 pharmaciens et 45 infirmiers) et 135 NPS (67 qui suivent un traitement à long terme et 68 qui n'ont aucun traitement). On compte 73 hommes et 197 femmes. Près d'un quart des répondants a entre 18 et 25 ans, 25% entre 26 et 35 ans, 25% entre 36 et 45 ans, et le dernier quart se situe entre 56 et 65 ans. Tous les PS ont un niveau d'études au minimum supérieur à Bac+3. Quant aux NPS, 13% ont un niveau Bac, 23% un niveau Bac+3, et 64% un niveau supérieur à Bac+3. Les traitements de longue durée renvoient à des dysfonctionnements extrêmement diversifiés, dont seuls 6 d'entre eux ont été cités entre 5 et 7 fois : il s'agit d'hypertension, d'acné, d'HIV, d'asthme, de dépression et de cancer (les autres cas n'ayant été cités qu'une fois voire deux).

Matériel

Le travail repose essentiellement sur une question d'évocation (ou associations de mots) avec pour consigne principale : « Lorsque l'on vous dit '*Maladie*', quels sont les mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit ? » posée à l'écrit. La question d'évocation est suivie d'un recueil de variables classiques : âge, sexe, niveau d'études et pour tous, une question qui vise à savoir s'ils suivent ou non un traitement médical, et le cas échéant, pour quel type de maladie.

Analyse des données

Les données ont été soumises à une analyse prototypique (classement des associations en fonction de leur fréquence et de leur rang d'apparition) et catégorielle (classement sémantique) à partir du logiciel « EVOC » créé par Vergès [22].

Analyse prototypique

Il s'agit d'une analyse quantitative qui met en évidence la structure de la RS. On obtient un tableau à quatre cases : la case 1 correspond aux éléments faisant potentiellement partie de la zone centrale. Les mots qu'elle contient sont cités fréquemment et parmi les premiers (rang moyen faible). Ils donnent une signification et une cohérence à la RS. Il s'agit des termes les plus saillants et les plus significatifs. Les cases 2 et 3 comprennent des mots fréquents mais arrivant plus tard (rang moyen élevé), ou bien, cités parmi les premiers (rang moyen faible) mais peu fréquents. Ceux-ci font partie de la zone périphérique, mais peuvent agir sur l'organisation de la représentation. Il s'agit des « zones potentielles de changement ». La case 4 correspond à la zone dite de « périphérie lointaine ». Les mots ou expressions sont ici peu cités et parmi les derniers (cf. Tableau 1). Nous présenterons les résultats issus de l'analyse prototypique *in extenso*.

Insérez ici Tableau 1. Les zones résultant de l'analyse prototypique

Analyse catégorielle

L'analyse catégorielle consiste à regrouper dans des catégories *ad hoc* les mots qui sont proches d'un point de vue sémantique. On crée autant de catégories que nécessaire pour classer toutes les associations proposées. Cette analyse permet d'approfondir l'analyse prototypique et de vérifier que les mots ou expressions repérés par la première analyse relèvent bien des thèmes les plus récurrents dans les réponses des participants. En effet, certains thèmes peuvent contenir une multitude de synonymes qui n'apparaîtront pas forcément dans l'analyse prototypique. Cette deuxième analyse, qualitative, nous a permis de dégager l'ensemble des champs sémantiques issus des associations et fournit ainsi des grilles de lecture pour appréhender et donner du sens aux termes recueillis. Nous présenterons dans le cadre de cet article uniquement les catégories sémantiques assorties de leur poids.

Grâce à l'analyse catégorielle de l'ensemble des associations libres, 6 catégories, renvoyant au total à quatorze sous-catégories présentées dans le tableau 2, ont été constituées. Ce tableau va permettre de présenter les résultats obtenus.

Insérez ici Tableau 2. Présentation des catégories et des sous-catégories

Résultats

Résultats concernant l'échantillon global

Le nombre total d'occurrences citées par les PS (N = 1032) est très proche de celui des NPS (N = 1038), avec une moyenne respectivement de 7,64 et de 7,69. Par contre, les NPS

ont employé plus de mots différents que les PS (351 vs 294). Nous pouvons en déduire que cette moins grande disparité de la part des PS est due à un vocabulaire médical partagé par les différentes professions de la santé, alors que les NPS utilisent un vocabulaire varié en lien avec leur vécu personnel de la maladie.

Analyse prototypique comparative PS – NPS

Pour choisir un seuil de fréquence commun à tous les mots inducteurs pour la mise à jour des quatre cases des analyses prototypiques, nous avons appliqué le test binomial, qui 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 [23]. Il prend en compte le nombre de participants, le nombre moyen de termes associés par les participants 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 de 7 pour l'ensemble des analyses prototypiques.

Les résultats comparant les deux groupes PS-NPS sont sensiblement les mêmes que ceux trouvés à partir d'un échantillon plus restreint ($N = 150$) lors de notre précédente étude [24]. En résumé, les mots ou expressions les plus fréquents (fréquence supérieure ou égale à 7) et les mieux placés (rang inférieur ou égal à 4) des PS renvoient aux types de maladie et à leurs caractéristiques (*gravité, handicap, chronicité* ou *incurable*). Un second registre particulièrement saillant est celui des conséquences physiques liées à la maladie (*douleur, mort* ou *complications*). Enfin, le dernier registre sémantique employé correspond au traitement et aux différents soins que ces professionnels sont amenés à pratiquer (*soins, examens* ou *diagnostic*). Les NPS renvoient, quant à eux, la maladie à leur vécu personnel et leur ressenti face à leur expérience vécue ou imaginée. Ils citent, comme les PS, des termes liés aux caractéristiques médicales de la maladie (*pathologie, incurable* ou *grave*), ainsi qu'aux conséquences physiques qui s'en suivent (*douleur, fièvre* ou *alité*). Néanmoins, ils évoquent plus d'affects (*angoisse, peur* et *mal-être*) que les PS, et font également plus référence aux lieux et aux personnes que les malades sont susceptibles de fréquenter (*médecins, hôpital*).

Si l'on exclut les termes communs aux deux groupes, le tableau (Tableau 3) présentant les mots qui ne sont présents que dans l'un ou l'autre des deux échantillons vient confirmer nos propos, en opposant du côté des PS des aspects formels et descriptifs de la maladie (*chronicité, complications, ...*), et liés à l'accompagnement d'un *patient* souvent *triste* (*psychologie*), et du côté des NPS des termes renvoyant aux conséquences directes de celle-ci sur le patient (*fièvre, angoisse, ...*) ainsi qu'à l'importance du support social (*entourage*) et à l'espoir d'une guérison par la *recherche*.

Insérez ici Tableau 3. Mots ou expressions spécifiques à chaque groupe

Analyse catégorielle comparative PS – NPS

Chaque statut professionnel présente des pourcentages plus élevés dans des catégories spécifiques, même si, de manière générale, c'est la catégorie « Traitement » qui détient les pourcentages d'occurrences les plus importants, toutes catégories confondues. Les médecins ont proposé plus d'associations de mots relatifs aux « Conséquences individuelles liées à la maladie », au « Traitement » et aux « Conditions spatio-temporelles ». Les infirmiers se sont davantage exprimés avec des termes relatifs aux « Conséquences sociales liées à la maladie » et aux « Ressentis affectifs ». Quant aux pharmaciens, ils se sont davantage exprimés sur le

registre des « Maladies ». Du côté des NPS, les personnes avec traitement se sont davantage exprimés dans le registre des « Maladies », comme les pharmaciens, des « Conséquences sociales liées à la maladie » et des « Ressentis affectifs » comme les infirmiers. Les personnes sans traitement se sont paradoxalement exprimées dans le registre du « Traitement » et dans celui des « Conditions spatio-temporelles », tout comme les médecins (cf. Tableau 4).

Insérez ici Tableau 4. Analyse catégorielle PS - NPS

Une présentation des différences intra-groupales s'avère nécessaire pour approfondir l'analyse.

Résultats concernant les Professionnels de Santé (PS)

Analyse prototypique comparative des médecins, pharmaciens, infirmiers

Si l'on se limite à la zone centrale (case 1), seuls deux termes sont communs aux trois sous-groupes : *douleur* et *souffrance*. Nous allons donc désormais nous intéresser exclusivement aux termes de cette zone qui ne sont présents que dans un groupe et un seul (Tableau 5). C'est ainsi que les médecins ont cité les termes de *gravité* et de *handicap*. Les pharmaciens ont cité : *médecin*, *traitement*, *soins*, *malade*. Quant aux infirmiers, ils ont cité : *médicaments*, *hospitalisation* et *psychologie*.

Insérez ici Tableau 5. Zones centrales issues de l'Analyse prototypique de la représentation sociale de la maladie des PS

Concernant les zones potentielles de changement (cases 2 et 3) et la zone de périphérie lointaine (case 4), les médecins renvoient la maladie aux « Conséquences physiques liées à la maladie » et au « Traitement », avec des termes tels que *médicaments*, *complications*, *soins* ou encore *guérison* qui correspond à l'objectif des médecins (case 2), ou *symptômes*, *examens* ou *fièvre* (case 3). Les termes figurant dans la zone périphérique (case 4) renvoient à plusieurs catégories différentes sans saillance particulière.

Pour les pharmaciens, les termes sont essentiellement liés aux « Conditions spatio-temporelles » avec, par exemple, le terme *hôpital*, ou aux « Conséquences individuelles liées à la maladie » avec des termes tels que *guérison*, *gravité* ou *mort* (case 2), ou encore aux « Types de maladies » avec *pathologie*, *symptôme*, *diagnostic*, *chronicité* ou *diabète* (case 3). Les expressions *prise en charge* et *écoute* renvoient aux compétences relationnelles dans la durée (case 4).

Dans le cas des infirmiers, les termes renvoient prioritairement à leurs tâches quotidiennes dans le suivi des patients, avec des termes tels que *soins* et *traitement*. Les termes *mal-être*, *peur*, *isolement*, *fatigue* et *aliter* concernent le malade et non plus la maladie. Les termes figurant dans la zone périphérique (case 4) renvoient essentiellement aux effets de la maladie sur le patient. Nous trouvons ainsi les termes *contraintes*, *dépendance*, *diminution physique*, *atteinte* et *faiblesse*. Il est intéressant de souligner également la présence du mot *patient* que l'on ne trouve pas dans les autres sous-groupes, qui ont utilisé le terme *malade*.

En résumé, la pensée professionnelle - qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers ou des pharmaciens - est centrée sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir et soigner la maladie qui, pour tous, est associée à la *douleur* et à la *souffrance*. Chaque profession traduit ensuite la maladie en fonction de son rôle propre. Alors que les médecins se centrent sur le diagnostic et les conséquences de la maladie, les pharmaciens privilégient le traitement de la maladie et sa prise en charge, quant aux infirmiers ils se centrent eux aussi sur le traitement, mais se focalisent aussi sur le suivi relationnel des patients.

Résultats concernant les Non-Professionnels de Santé (NPS)

Analyse prototypique comparative des personnes avec et sans traitement

Concernant la comparaison des deux sous-groupes de NPS (personnes avec et sans traitement), si l'on se limite à la zone centrale, quatre termes sont communs aux deux sous-groupes : *souffrance* et *douleur* (qui constituaient déjà les mots communs aux trois sous-groupes de PS), et *médecin* et *grave* qui renvoient au professionnel qui diagnostique la maladie. Intéressons-nous maintenant aux termes de cette zone spécifiques à chacun des groupes (cf. Tableau 6).

Pour les personnes qui suivent un traitement médical, les termes les plus partagés qui leur sont spécifiques sont : *traitement*, *soins*, *fatigue* et *angoisse*. Ces personnes utilisent des mots liés aux soins nécessaires pour lutter contre la maladie, et aussi aux conséquences physiques liées à la maladie. Ils utilisent également des affects négatifs dont on peut penser qu'ils sont rapidement réactivés du fait de leur expérience quotidienne avec la maladie. A noter que les mots *fatigue* et *angoisse* ne se trouvent dans aucune autre zone centrale de l'ensemble des sous-groupes.

Pour les personnes qui ne suivent pas de traitement médical, les mots qui leur sont spécifiques sont *cancer* et *santé*. Ce sous-groupe est le seul dont le mot *santé* figure dans le centre de sa représentation de la maladie. Le mot *cancer* apparaît pour eux comme emblématique de la notion même de maladie.

Insérez ici Tableau 6. Zones centrales issues de l'Analyse prototypique de la représentation sociale de la maladie des NPS

Concernant les zones potentielles de changement (cases 2 et 3) et la zone périphérique (case 4), pour les personnes qui suivent un traitement médical, les termes *entourage* (case 2) et *alité* (case 3) renvoient au quotidien du patient atteint d'une maladie qui l'astreint à rester couché et pour lequel *l'entourage* (case 2) (mot spécifique à ce sous-groupe), semble jouer un rôle majeur. Le terme *pourquoi* (case 3) que l'on ne retrouve également dans aucun autre échantillon, exprime le sentiment d'égarement que peuvent éprouver ces personnes quand elles apprennent la maladie. De la même façon, le *combat* (case 4), n'est présent dans aucun autre groupe ; or, même s'il se situe dans la périphérie et qu'il n'est donc pas exprimé par l'ensemble de l'échantillon, il reflète la pugnacité de certains dans la lutte contre la maladie. Le terme *dépendance* que l'on trouve dans cette même case indique la position d'asservissement et d'impuissance que les personnes confrontées de près à la maladie peuvent ressentir face à l'emprise de la maladie sur leurs vies. Notons que ce mot est également cité par les infirmiers (dans la zone périphérique).

En résumé, la représentation des personnes qui suivent un traitement médical est fondée sur leur vécu et leur expérience personnelle. Comparativement aux PS, elles citent beaucoup moins de termes en lien avec les caractéristiques des maladies, mais énoncent des termes renvoyant aux conséquences physiques liées à la maladie (*souffrance*, *fatigue*, *alité*, etc.). De plus, de nombreux termes renvoient au champ de l'affect (*angoisse*, *pourquoi*, *combat*, etc.), et aux effets de la maladie sur leur quotidien (*arrêt de travail*, *entourage*, *dépendance*).

Les personnes qui ne sont pas contraintes de suivre un traitement médical utilisent quant à elles des mots qui font partie d'un registre plus descriptif et général. En effet, contrairement aux autres échantillons, nous ne retrouvons pas de catégorie sémantique particulièrement saillante. Ces personnes évoquent, tout à la fois, les caractéristiques des maladies, leurs conséquences physiques, les traitements mis en œuvre et les lieux et les personnes que peuvent fréquenter les malades. On constate également que ces personnes ne citent presque

pas de termes appartenant au registre des affects. Ainsi, leur représentation de la maladie reste assez descriptive et formelle.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'approcher la RS de la maladie en comparant deux groupes, les PS et les NPS, afin de montrer que les PS, médecins, infirmiers et pharmaciens dans cette étude, présenteraient, au-delà d'une RS partagée, des spécificités liées à leur profession spécifique, et que pour les NPS, les personnes qui suivent un traitement médical régulier ancreraient la maladie à leur « pratique » quotidienne de celle-ci, par le vécu qu'elles en ont, tandis que les personnes sans traitement situeraient davantage la maladie sur un plan cognitif.

Les résultats montrent clairement que les PS et les NPS s'accordent à penser que la maladie est associée à la *douleur*, à la *souffrance* et à la *gravité*. Ces termes sont les éléments unificateurs et stabilisateurs de la représentation sociale, c'est-à-dire ceux qui résisteront le plus au changement. Les résultats mettent aussi en évidence des représentations professionnelles prégnantes : les médecins se situent plutôt du côté du diagnostic en utilisant un vocabulaire scientifique plus descriptif : ils soulignent les conséquences physiques liées à la maladie ; les pharmaciens se situent bien du côté de l'application du diagnostic et du suivi du traitement en se référant aux aspects médicaux, et en se référant peu aux aspects relationnels comme nous le supposions : ils se centrent davantage sur les spécificités des maladies et leurs causes ; les infirmiers se situent plutôt du côté du suivi du patient en se référant aux conséquences de la maladie et au sentiment d'empathie envers le patient : ils soulignent, comme les médecins, les conséquences physiques liées à la maladie, mais ils sont plus sensibles aux conséquences sociales et aux ressentis affectifs du malade.

Ainsi, il ressort clairement de nos résultats que les pratiques professionnelles des médecins, des pharmaciens et des infirmiers ont une influence marquée sur la représentation sociale de la maladie qui est commune à ces trois professions de la santé, autour de la *douleur*, de la *souffrance* et de la *gravité*, ces trois éléments constituant le noyau commun de leur représentation. A ceci s'ajoute des éléments différenciateurs spécifiques à chacune de ces professions.

En ce qui concerne en particulier la représentation sociale de la maladie des personnes qui suivent un traitement médical régulier, les résultats montrent aussi clairement que la maladie est plus située du côté du ressenti pour les personnes qui suivent un traitement médical régulier, alors qu'elle se situe sur un plan plus cognitif pour celles qui ne suivent aucun traitement. Les personnes qui suivent un traitement médical régulier ont une représentation de la maladie fondée sur leur vécu personnel de la maladie au quotidien et utilisent un vocabulaire se situant sur un plan plus émotionnel : elles sont plus sensibles aux conséquences individuelles liées à la maladie, aux conséquences de celle-ci sur leur vie et sur leurs ressentis affectifs, tandis que les personnes qui ne suivent pas de traitement ont une représentation de la maladie plus « abstraite » et utilisent un vocabulaire appartenant davantage aux caractéristiques communes à toute maladie : elles soulignent les conséquences physiques liées à la maladie et au traitement mis en œuvre pour la vaincre.

Dans le discours des PS, nous retrouvons la signification prégnante d'une pensée professionnelle, articulée autour de deux approches. L'une centrée sur l'agir, la prise de distance émotionnelle et l'opérationnalisation technique (le *cure* : soigner). L'autre centrée sur le désir de prendre soin de la personne malade, dans une prise en charge relationnelle centrée sur l'empathie (le *care* : prendre soin de). Du côté des NPS, comme le montraient Anagnostopoulos et Spanea [25], les différences que l'on retrouve dans les trois zones périphériques s'expliquent par le fait que les personnes en bonne santé n'ont accès qu'aux informations culturelles et sociales de leur environnement, alors que les personnes malades

ont surtout accès à leur vécu face à la maladie. Il faut aussi souligner qu'aujourd'hui, les NPS ont un accès à l'information médicale de plus en plus aisé *via* différents supports médiatiques (publicités, reportages, etc.) et Internet qui est devenu le media privilégié pour la recherche d'informations et la mise en réseau des personnes, notamment *via* les forums de discussion.

Perspectives et implications pratiques

De nombreuses recherches dans le domaine des RS se réfèrent au cadre de la théorie du noyau central en recourant à la procédure de l'analyse prototypique et catégorielle. La pertinence de cette théorie et de cette procédure pour l'étude des RS a été confirmée à de multiples reprises et c'est encore le cas pour la présente recherche. Sur le plan méthodologique, les associations libres ont pour avantage de laisser une grande liberté aux participants dans la production spontanée de termes. Les outils inspirés de la méthode du questionnaire d'évocation [26] permettent une analyse fine des différences entre les RS étudiées. L'utilisation de l'analyse prototypique combinée à l'analyse catégorielle a permis une meilleure interprétation des données. Les techniques et analyses choisies sont complémentaires. L'analyse prototypique permet de formuler l'hypothèse de la centralité de certains éléments (noyau central), tandis que l'analyse catégorielle permet la mise en évidence des divers registres sémantiques évoqués et complète ainsi la première analyse. D'où la nécessité d'une approche pluri-méthodologique dans l'étude des représentations sociales comme le préconisait Abric [16]. De fait, une analyse reposant sur des entretiens approfondis permettrait d'éclairer les différentes « zones » repérées dans la structure de la représentation sociale.

Notre étude présente aussi l'avantage de permettre de prendre en compte les statuts professionnels des PS interrogés, et le statut médical des NPS, et de comparer leurs RS, ce qui constitue véritablement une première. Cette étude rappelle en outre que la maladie est un objet de représentation « normatif » car les éléments les plus centraux sont partagés par les PS et les NPS. Néanmoins, le poids du vécu personnel et de la pratique sociale et professionnelle reste essentiel pour rendre compte de la globalité de cet objet d'étude. Ainsi, lorsque l'on compare de manière plus fine les sous-catégories composant les PS et les NPS, on remarque des différences notables dans leur représentation sociale de la maladie. 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 permet ainsi de participer activement à la réussite des traitements [24]. Nous ne pouvons pas percevoir la maladie comme le seul fait « biologique ». La maladie est à considérer comme un fait biopsychosocial [27]. Il nous faut donc prendre en compte une diversité de facteurs et leur interdépendance, et en particulier les aspects biologiques, sociaux et psychologiques. Les aspects biologiques se sont traduits dans cette étude au travers des évocations liées aux caractéristiques et aux causes de la maladie, les aspects sociaux sont traduits au travers des évocations liées au soutien social et aux aspects relationnels, et l'aspect psychologique se traduit au travers des évocations renvoyant aux conséquences psychiques liées à la maladie et aux ressentis affectifs.

Notre approche ouvre de nombreuses perspectives pour les travaux à venir. Il pourrait être intéressant d'étudier, comme l'avait fait Herzlich [28], les liens entre les représentations sociales de la maladie et celles de la santé aujourd'hui, afin de mettre en évidence les liens qu'elles entretiennent. De même, d'autres caractéristiques telles que le lieu d'exercice, le niveau d'étude ou encore le sexe pourraient être affinées de manière à mettre l'accent sur une influence possible de ces caractéristiques sur la vision des participants envers la maladie. Enfin, des comparaisons culturelles pourraient être envisagées [28].

Concernant les implications pratiques, les résultats de cette étude pourraient contribuer à fonder des recommandations aux professionnels de santé. Il pourrait en effet être utile de les informer sur le fait qu'ils ont recours de manière privilégiée à un registre sémantique descriptif et formel lorsqu'ils évoquent la maladie, et que ce discours les éloigne du registre des NPS, notamment de ceux qui suivent un traitement, qui relie quant à eux la maladie essentiellement à des ressentis affectifs et aux conséquences sociales qu'elle génère. Ainsi, pourrait-on les inviter à échanger de manière plus soutenue avec le patient sur tout ce qui a trait aux conséquences directes de la maladie sur lui-même, et lui permettre d'exprimer ses inquiétudes à cet égard. Ces échanges permettraient de souligner toute l'importance du soutien social et aussi de rappeler l'évolution rapide des recherches qui permettent de guérir aujourd'hui des maladies incurables autrefois. Ces échanges permettraient aussi d'éviter des malentendus générés par une mauvaise compréhension de certaines informations. Ils constitueraient ainsi un « nouvel espace d'expression » où la relation PS-NPS n'en serait que renforcée [30]. De même montrer aux médecins, pharmaciens et infirmiers les différents registres qu'ils privilégient face à la maladie pourrait les inciter à élargir ceux-ci et favoriser ainsi une communication centrée sur une prise en charge du patient considéré dans sa globalité avant d'être un malade réel ou potentiel, et, comme l'ont montré plusieurs travaux [31], cela constituerait un pas décisif dans l'amélioration de la santé du patient.

Conclusion

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. Mieux connaître les représentations de la maladie du non spécialiste peut aider les spécialistes de la santé à mieux se faire comprendre auprès des malades et de leur famille, et améliorer ainsi le dialogue entre savoir « expert » et savoir « profane ». De la même manière, mieux connaître les représentations des spécialistes peut aider les patients à mieux comprendre et appréhender ce que leur expliquent les professionnels. Ce terrain d'études semble donc prometteur avec des résultats à prendre en compte pour une prise en charge du patient mieux adaptée.

Références

- [1] Roelandt JL, Caria A, Defromont L, et al. Représentations sociales du 'fou', du 'malade mental' et du 'dépressif'. *L'Encéphale* 2010; 36(3 Suppl 1):7-13.
- [2] Bonsack C, Schaffter M, Singy P, et al. Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *L'Encéphale* 2007 Oct;33(5):751-61.
- [3] De Rosa AS. Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. *Connexions* 1988;51(1):27-50.
- [4] Zani B. Social representations of mental illness : lay and professional perspectives. In G.M. Breakwell and D.V. Canter (Eds.). *Empirical Approaches to Social Representations* (pp. 315-330). Oxford, Clarendon Press; 1993.
- [5] Morant N. What is mental illness ? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Paper on Social Representations* 1995;4(1):1-52.
- [6] Morant N. Social representations and professional knowledge : The representation of mental illness among mental health practitioners, *British Journal of Social Psychology* 2006;45:817-838.
- [7] Bouhlef S, Ben Haouala S, Klibi A, et al. Evaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'Encéphale* 2013 Juin;39(3):165-173.
- [8] Jodelet D. *Foies et représentations sociales*. Paris, PUF; 1989.

- [9] Giordana, JY, Roelandt, JL, Porteaux C. La santé mentale des personnes âgées: Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale* 2010;36(3, Suppl 1):59-64.
- [10] Jeoffrion C. (s/d), Lafon JC et Imbert de Balorre E. La non-observance : état des lieux, analyse des causes, remédiation. Rapport terminal pour la Caisse Nationale de Maladie des Travailleurs Salariés. Paris & Nantes ; 2004.
- [11] Guimelli C. Chasse et nature en Languedoc. Paris, L'Harmattan ; 1989.
- [12] Piasser A, et Bataille M. Of contextualised use of "social" and "professional." In Chaïb M, Danermark B. et Selander S., editors. *Social Representations and Transformation of Knowledge*. London: Routledge ; 2011. p. 44–54.
- [13] Guimelli C. Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale. la représentation de la chasse et de la nature. In: Beauvois JL, Joule RV, et Monteil JM, editors *Perspectives cognitives et conduites sociales. Représentations et processus cognitifs*. Cousset: DelVal ; 1989. p. 117-138.
- [14] Flament C. Pratiques et représentations sociales. In: Beauvois JL, Joule RV, et Monteil JM, editors. *Perspectives cognitives et conduites sociales. Théories implicites et conflits cognitifs (Vol. I)*. Cousset: DelVal ; 1987. p. 143–150.
- [15] Pedinielli JL. Les « Théories » personnelles des patients. *Pratiques psychologiques* 1999; 4:53-62.
- [16] Abric JC. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF ; 1994.
- [17] Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris, PUF; 1989.
- [18] Morin M. *Parcours de santé*. Paris, Armand Colin; 2004.
- [19] Jeoffrion C. Des représentations sociales comme vecteurs de changement aux diagnostics et à l'accompagnement des changements organisationnels : Identification des facteurs de risques psycho-socio-organisationnels pour la prévention de la santé psychologique au travail. Habilitation à Diriger des Recherches. Université de Nantes ; 2013.
- [20] Moliner P. Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales. *Bulletin de psychologie* 1989;387(XLI):759-762.
- [21] Piasser A. 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'Education* 2000;4:57-70.
- [22] Scano S, Junique C et Vergès P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations, EVOC 2000. Manuel d'utilisateur. Aix en Provence;2004.
- [23] Lacassagne MF, Sales-Wuillemin E, Castel P. et al. La catégorisation d'un exogroupe à travers une tâche d'associations de mots. *Papers on Social Representations* 2001;10(7):1-11.
- [24] Jeoffrion C. 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;82(2):73–115.
- [25] Anagnostopoulos F, Spanea E. Assessing illness representations of breast cancer. A comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research* 2005;58:327-334.
- [26] Vergès P. L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie* 1992;405 :203-209.
- [27] Fischer GN, Tarquinio C. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris, Dunod ; 2006.
- [28] Herzlich, C. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton ;1969.
- [29] Bishop G.D. Health and illness: Mental representations in different cultures. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* 2004: 6489-6491.
- [30] Boutry L, Matheron I, et Bidat E. 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* 2001;41: 470-476.
- [31] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj* 1995;152(9):1423-33.

Tableau 1. Les zones résultant de l'analyse prototypique

Fréquence moyenne	Rang moyen	
	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 lointaine Fréquence faible et rang élevé (Case 4)

Tableau 2. Présentation des catégories et des sous-catégories

CATEGORIES	Sous-catégories	Présentation	exemples
LES MALADIES	Diagnostic	Examen, visite médicale	<i>diagnostic, pronostic, ...</i>
	Noms	Maladies citées par les personnes	<i>cancer, sida, Alzheimer,...</i>
	Caractéristiques	Type et spécificités de chaque maladie	<i>contagiosité, bénigne, incurable, psychologique, ...</i>
	Causes	Origine des maladies et explication de leur apparition	<i>antécédent, génétique, vieillesse, virus, ...</i>
CONSEQUENCES INDIVIDUELLES LIEES A LA MALADIE	Conséquences physiques	Effets de la maladie sur l'état physique des malades	<i>alité, grabataire, impotence, douleur, affaiblissement, invalidité, fatigue, mort, ...</i>
	Conséquences psychiques	Effets de la maladie sur l'état psychologique des malades	<i>dépression, angoisse, traumatisme, ...</i>
CONSEQUENCES SOCIALES LIEES A LA MALADIE	Rapport au travail et à l'argent	Conséquences professionnelles et financières liées à la maladie	<i>arrêt de travail, arrêt d'activité, astreinte, argent, sécurité sociale, mutuelle, coût, ...</i>
	Changements de vie	Transformations que la maladie provoque sur l'existence des malades ou de leurs proches	<i>contraintes, projets qui s'écroulent, hygiène de vie, désharmonie, ne résonne plus pareil, résilience, ...</i>
TRAITEMENT	Médicaments	Différents traitements médicamenteux auxquels les personnes ont recours pour traiter la maladie ainsi que les conditions de leur administration	<i>antibiotiques, homéopathie, aspirine, ...</i>
	Autres interventions	Autres moyens mis en œuvre, au niveau médical, pour combattre la maladie	<i>chirurgie, piqûres, vaccins, ...</i>
	Et après ...	Evolution et issues possibles de la maladie	<i>suivi, convalescence, rétablissement, gagner/perdre, guérison, rémission,</i>
CONDITIONS SPATIO-TEMPORELLES	Institutions et acteurs	Lieux ou professionnels de santé que les malades sont susceptibles de fréquenter	<i>urgences, hôpital, aide-soignant, médecin, ...</i>
	Rapport au temps	Conditions temporelles liées à la maladie	<i>durée, long terme, récédive, ...</i>
RESSENTIS AFFECTIFS	Affects	Ressentis éprouvés face à la maladie.	<i>abandon, anéanti, désespoir, fatalité, peur, tristesse, panique, mal-être, combat, défi, épreuve, lutte, espoir, ...</i>
	Soutien social	Personnes liées émotionnellement aux malades et conséquences de la maladie sur ces relations	<i>famille, entourage, accompagnement, écoute, conseil, réconforter, rapprochement familial, influence sur le couple, ...</i>

Tableau 3. Mots ou expressions spécifiques à chaque groupe

PS (N= 135)		NPS (N= 135)	
Chronicité	(f = 14, r = 4.36)	Fièvre	(f = 11, r = 3.64)
Complications	(f = 14, r = 4.43)	Angoisse	(f = 10, r = 4.70)
Diagnostic	(f = 11, r = 3.81)	Arrêt de travail	(f = 9, r = 5.33)
Malade	(f = 9, r = 1.66)	Alité	(f = 8, r = 4.63)
Dépendance	(f = 9, r = 4.66)	Entourage	(f = 7, r = 6.43)
Patient	(f = 8, r = 4.50)	Recherche	(f = 7, r = 6.43)
Contagion	(f = 8, r = 5.25)		
Tristesse	(f = 7, r = 3.57)		
Psychologie	(f = 7, r = 4.14)		

*Tableau 4. Analyse catégorielle des Professionnels de la Santé (PS)
et des Non-Professionnels de la Santé (NPS)*

Catégories	% occurrences				
	PS (N= 135)			NPS (N= 135)	
	Médecins	Infirmiers	Pharmaciens	Traitement	Sans traitement
Les maladies	19,4	19,1	23,5	19,6	18,3
Noms	5,2	2,3	7,6	7,4	6,1
Nature et Caractéristiques	12,4	13,2	12,7	9,2	9,8
Causes	1,8	3,6	3,2	3	2,4
Conséquences individuelles liées à la maladie	24,2	22,5	18,3	21,7	21,7
Physiques	22,1	19,7	17,4	19,4	20,1
Psychiques	2,1	2,8	0,9	2,3	1,6
Conséquences sociales liées à la maladie	3,6	10,4	5,1	9,4	5,5
Rapport au travail et à l'argent	0,9	1,3	1,3	1,5	2,2
Changements de vie	2,7	9,1	3,8	7,9	3,3
Traitement	26	23	25,4	20,6	25
Médicaments	4,2	2,6	7	4,3	6,1
Autres interventions	14,5	15,5	13,3	12,1	14
Et après ...	7,3	4,9	5,1	4,2	4,9
Conditions spatio-temporelles	16,3	11,1	6,7	13,9	17,3
Institutions et Acteurs	14,2	11,1	5,1	12,8	16,7
Rapport au temps	2,1	0	1,6	1,1	0,6
Ressentis affectifs	10,3	13,7	10,8	14,7	12,2
Affectifs	6,7	9,6	5,1	10,4	8,5
Soutien social	3,6	4,1	5,7	4,3	3,7

Tableau 5. Zones centrales issues de l'Analyse prototypique de la représentation sociale de la maladie des PS

Rang moyen d'apparition									
≤ 4									
Fréquence	^ ou égal à 7	Médecins (N= 45)			Pharmaciens (N= 45)			Infirmiers (N= 45)	
		Mot	Fréquence	Rang	Mot	Fréquence	Rang	Mot	Fréquence
		Douleur	21	3,33	Médecin	22	3,64	Douleur	16
		Mort	13	2,77	Médicaments	20	3,45	Souffrance	12
		Gravité	11	2,73	Traitement	19	3,95	Mort	9
		Cancer	10	3,50	Douleur	11	2,82	Médicaments	8
		Souffrance	9	2,45	Soins	9	2,67	Hospitalisation	7
		Handicap	8	3,12	Souffrance	8	2,87	Psychologie	7
					Malade	7	1,43		
					Cancer	7	3,86		

Tableau 6. Zones centrales issues de l'Analyse prototypique de la représentation sociale de la maladie des NPS

Rang moyen d'apparition						
≤ 4						
Fréquence	^ ou égal à 7	Personnes avec traitement (N= 67)			Personnes sans traitement (N= 68)	
		Mot	Fréquence	Rang	Mot	Fréquence
		Médecin	24	3,79	Médecin	29
		Souffrance	22	2,82	Souffrance	26
		Traitement	16	3,25	Cancer	17
		Soins	15	4,07	Douleur	12
		Douleur	14	2,36	Santé	8
		Grave	9	3,67	Grave	7
		Fatigue	9	4,11		
		Angoisse	7	4,14		