

RÉFÉRENCES

- Abric, J.C. (1976). *Jeux conflits et représentations sociales*. Thèse de doctorat es lettres, Université de Provence, Aix Marseille I.
- Abric, J.C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset: Delval.
- Abric, J.C. (1994). «Les représentations sociales: aspects théoriques». In Abric, J.C. (éd.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 11-36.
- Abric, J.C., Tafani, E. (1995). «Nature et fonctionnement du noyau d'une représentation sociale». *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 22-31.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de Contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Doise, W. (1990). «Les représentations sociales». In Chiglione, R., C. Bonnet, J.F. Richard (éd.), *Traité de Psychologie Cognitive*. Paris: Dunod, 111-174.
- Doise, W. (1992). «L'ancrage dans les études sur les représentations sociales». *Bulletin de Psychologie*, 405, 189-195.
- Doise, W., A. Clemence, F. Lorenzi-Cioldi (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Flament, C. (1994). «Structure, Dynamique et transformation des représentations sociales». In Abric, J.C. (éd.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 307-334.
- Flament, C. (1995). «Approche expérimentale de type psychophysique dans l'étude d'une représentation sociale». *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 67-76.
- Herzlich, C. (1973). «La représentation sociale». In Moscovici, S. (éd.), *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse, 303-325.
- Hewstone, M., Moscovici, S. (1984). «De la science au sens commun». In Moscovici, S. (éd.), *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 539-566.
- Jodelet, D. (1989). «Représentations sociales: un domaine en expansion». In Jodelet, D. (éd.), *Les Représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 31-61.
- Moliner, P. (1993). «Cinq questions à propos des représentations sociales». *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 20, 5-14.
- Moliner, P. (1994a). «Les deux dimensions des représentations sociales». *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 73-86.
- Moliner, P. (1994b). «Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations». In Guimelli, C. (éd.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 199-232.
- Moliner, P. (1995a). «A two-dimensional model of social representations». *European Journal of Social Psychology*, 1, 27-40.
- Moliner, P. (1995b). «Noyau Central, Principes Organisateur et Modèle bi-dimensionnel des représentations sociales». *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 44-55.
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P., E. Tafani (1999). «Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach». *European Journal of Social Psychology*.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Tafani, E. (1997). *Attitude et approche structurale des représentations sociales*. Thèse de Doctorat, Université de Provence, Aix en Provence.

1.5 Conditions sociales de la structuration des représentations

MARIE-NOËLLE SCHURMANS
et LAURENCE SEFERDJELI

Introduction

Formation des adultes en secteur informel et représentations sociales

Le sens commun considère traditionnellement que le phénomène éducatif concerne le développement des aptitudes intellectuelles ainsi que des facultés morales et physiques, et qu'il s'applique en priorité au domaine de l'enfance. La situation éducative à laquelle nous nous référons dans ce chapitre, ne correspond pas à ce que privilégie un tel point de vue. Il s'agit en effet d'aborder ici la rencontre entre, d'une part, des parents d'enfants chez qui, à un âge précoce, des «problèmes psychiques» ont été diagnostiqués, et, d'autre part, les thérapeutes et les éducateurs avec lesquels ces parents sont entrés en contact au cours de la trajectoire de prise en charge institutionnelle de l'enfant. Nous considérons cette rencontre comme une situation éducative dans la mesure où ces parents sont *de facto* confrontés à l'insuffisance de leurs savoirs – qu'ils l'identifient eux-mêmes comme telle ou qu'elle leur soit attribuée par autrui – et rencontrent des spécialistes dont la fonction sociale consiste à leur apporter de quoi résoudre cette lacune. Notre problématique spécifique s'insère donc dans une perspective de formation des adultes.

Elle fait appel également au secteur informel de l'éducation, et ceci pour de multiples raisons. Les parents concernés, tout d'abord, ne définissent pas nécessairement la rencontre avec des spécialistes comme un processus d'acquisition de connaissances. Pris par l'urgence de l'agir – comment faire avec cet enfant? –, ils recherchent avant tout un savoir pratique, éventuellement doublé d'un éclaircissement cognitif – à cause de quoi cet enfant est-il différent? – susceptible de leur offrir les clefs d'une action. Les parents, ensuite, sont socialement désignés comme éducateurs de leur enfant. Leur fonction éducative marquera par conséquent leurs échanges avec d'autres protagonistes: c'est en tant qu'éducateurs potentiels de l'enfant qu'ils rencontreront d'autres acteurs, tels les thérapeutes ou les éducateurs spécialisés; c'est en tant que détenteurs d'un savoir basé sur l'observation quotidienne des comportements de l'enfant ainsi que sur le constat d'un décalage entre ce qu'ils observent empiriquement et ce qu'ils conçoivent comme «comportement normé» qu'ils recevront les informations d'autrui; c'est en fonction de la façon dont ils envisagent l'avenir de l'enfant qu'ils réagiront aux propositions de prise en charge qui seront faites à son égard. Les parents, enfin, ne considèrent pas nécessairement les spécialistes comme la source d'une information légitime susceptible de les seconder. Confrontés à un univers de professionnels auxquels est attribuée la prise en charge de problèmes rattachés à la clinique de l'enfance, ils peuvent, par exemple, dénier la pertinence de l'information qui leur est apportée, ou encore déléguer aux professionnels une fonction éducative qu'ils jugent trop complexe.

Ces quelques traits préliminaires indiquent déjà que se joue, dans la situation éducative que nous nous proposons de présenter, un faisceau de représentations croisées: celles de la pertinence des savoirs eux-mêmes, mesurée à l'aune d'une efficacité liée, elle-même, à la définition des normes; celles du rapport parental aux savoirs, le leur et celui d'autrui; celles du rapport parental à l'action, la leur et celle d'autrui.

Nous fondons cependant plus fermement encore l'insertion de notre recherche dans la problématique des représentations sociales en nous référant aux lignes de force théoriques de cette approche. En particulier, nous relevons l'intérêt de recherches qui, comme celle qui nous concerne, tendent à appliquer l'approche théorique des représentations sociales à l'étude de situations naturelles. À notre point de vue, en effet, trop rares restent les travaux qui abordent la construction sociale des significations dans le cadre des interactions quotidiennes. Prolongeant les recherches expérimentales qui visent à mettre à jour un modèle d'analyse, elles correspondent cependant à la fois à un test de pertinence théorique et à un test d'utilité sociale du modèle.

Une recherche de référence

La recherche à laquelle nous nous référons ici (Duruz, Schurmans, Lob, Martinez et Seferdjeli, 1997)¹, est centrée sur l'analyse des représentations sociales de la maladie mentale de l'enfant, construites par des parents qui ont été personnellement impliqués dans le processus complexe du repérage des troubles de leur enfant, du diagnostic médical et des démarches thérapeutiques.

Nos hypothèses se sont déployées à différents niveaux. Il s'agissait tout d'abord d'étudier les contenus des représentations parentales sous l'angle de leur genèse, de leur développement et de leur organisation. Nous avons abordé ensuite le plan des valorisations attribuées par les parents, non seulement aux sources de leur information, mais également aux modèles explicatifs qui leur ont été proposés, pour mettre en lumière le degré de compatibilité de leurs représentations de l'étiologie avec les lignes théoriques principales qui sous-tendent les modèles adoptés par les thérapeutes. Nous avons enfin focalisé notre approche sur le lien entre les contenus des représentations, les valorisations et l'action: les relations qu'entretiennent les parents avec les diverses démarches thérapeutiques organisées à l'intention de l'enfant ont été étudiés à ce niveau.

Notre analyse de la problématique des représentations sociales parentales s'est appuyée sur onze dimensions.

1. Les troubles de l'enfant qui, selon les parents, se sont manifestés au moment du repérage.
2. Les sources d'information auxquelles les parents font référence; il s'agit là d'identifier les ressources qui ont été utilisées par les parents pour construire un savoir concernant les problèmes de leur enfant.
3. L'évaluation par les parents de l'intervention des milieux professionnels.
4. La façon dont les parents conçoivent leur rôle dans l'ensemble du dispositif de prise en charge de leur enfant: nous avons nommé cette dimension «stratégies d'action».
5. Le projet parental pour l'enfant: cette dimension traduit la façon dont les parents expriment leur idéal de normalisation.

¹ Cette recherche (Requête n° 1114-40810.94) a été financée par le Fonds national de la recherche scientifique suisse.

6. Le pronostic parental concernant l'avenir de l'enfant: il s'agit là de saisir le degré de confiance des parents dans la possibilité qu'a l'enfant d'atteindre cet idéal.
7. L'évaluation parentale de l'évolution de l'enfant jusqu'à ce jour.
8. Les étiologies que retiennent les parents. Deux composantes ont été retenues pour cette dimension: les catégories étiologiques théoriques (Laplantine, 1986), d'une part; les contenus des représentations de l'étiologie, c'est-à-dire les éléments que mentionnent les parents pour expliquer l'origine des troubles de l'enfant, d'autre part.
9. Les thérapeutiques qui, selon les parents, conviennent à leur enfant. Pour cette dimension également, deux composantes sont présentes: les catégories thérapeutiques théoriques (*op. cit.*), d'une part; les contenus des représentations de la thérapeutique idéale, d'autre part: il s'agit là de saisir les façons de procéder qui semblent pertinentes aux parents, qu'elles aient été ou non appliquées au cours de la prise en charge de l'enfant, par les professionnels, par les parents eux-mêmes ou par d'autres acteurs.
10. Le registre sociocognitif: cette dimension est centrée sur le rapport au savoir dont font état les parents.
11. Le registre socio-affectif: cette dimension se réfère à la façon dont l'histoire de vie des parents s'est trouvée altérée par les problèmes de leur enfant.

Six variables indépendantes ont été également utilisées. Il s'agit de: l'âge de l'enfant au moment du repérage de la pathologie; les acteurs du repérage (parents/enseignants/autres); le milieu social familial: cette variable est issue du croisement des informations apportées par les parents concernant leur niveau d'études et leurs professions respectives (milieu social favorisé/moyen/défavorisé); l'âge actuel de l'enfant; la situation du couple parental (marié-uni/marié-en désaccord/divorcé-séparé); la situation d'entretien (entretien réalisé: conjointement avec les deux parents/avec les deux parents séparément/avec la mère seule/avec le père seul/ avec un autre responsable du quotidien de l'enfant).

Nous avons voulu, par notre dispositif méthodologique, privilégier l'approfondissement des différentes dimensions retenues. Cette décision nous a portés à adopter la technique de l'entretien semi-directif. Notre matériel est donc constitué de retranscriptions d'entretiens longs s'apparentant à des histoires de vie.

Notre démarche impliquait la constitution d'un ensemble de parents directement concernés par le repérage de problèmes psychiques chez leur enfant ainsi que par la mise sur pied d'une trajectoire de prise en charge. Notre choix s'est porté sur les parents d'enfants ayant fréquenté le Centre psychothérapeutique de jour de l'Hôpital de l'Enfance, à Lausanne. Ce Centre dont l'un des objectifs est de conserver l'intégration de l'enfant dans son milieu familial et social, se profile comme une structure intermédiaire entre la cure ambulatoire et l'hospitalisation à temps plein, et accueille des enfants atteints de troubles graves de la personnalité, principalement de la lignée psychotique ou pré-psychotique. Pour des raisons à la fois théoriques et éthiques, nous avons adopté les deux critères suivants: 1. l'enfant devait être âgé de moins de vingt ans au moment de notre recueil d'informations; 2. l'enfant devait avoir quitté le centre depuis au moins deux ans. Quatre-vingt-quatre cas correspondaient à nos exigences; compte tenu des refus, des déménagements et des non-réponses, trente-deux cas ont pu être retenus.

Le nombre de nos variables est donc particulièrement élevé, en regard du nombre de nos répondants. Notre stratégie d'analyse a par conséquent été très progressive. Deux dispositifs d'analyses statistiques ont été appliqués aux données recueillies par entretien: le premier correspond aux procédures d'analyse de données textuelles prévues par SPAD-T¹; le second repose sur un ensemble de routines d'analyse statistiques disponibles sur le programme TRI-2 (CIBOIS, version 2.2, 1995²). Nous avons, dans un premier temps, pris connaissance de la répartition des fréquences de l'ensemble de nos variables. Dans les applications de l'analyse des correspondances (AFC), ensuite, nous avons traité nos données dimension par dimension: il s'agissait là de dégager les variables qui, apparaissant sur les facteurs dont le pourcentage d'inertie est important, discriminaient clairement les sujets. Cette stratégie a donc permis de réduire considérablement le nombre de nos variables: partant d'un total de quatre-vingt-quinze variables (vi comprises), nous avons retenu vingt-cinq variables au terme de la progression de nos analyses. Elle a permis également de réaliser de nouvelles AFC qui ne soient plus centrées sur chaque dimension prise isolément mais qui intègrent petit à petit plusieurs dimensions. Certaines de nos hypothèses, en effet, font appel à des relations entre blocs de variables ou, autrement dit, entre diverses dimensions retenues par notre schéma d'analyse. Notre démarche progressive repose, par conséquent, sur le passage d'un traitement uni-dimensionnel à un traitement des relations entre dimensions.

1 SPAD-T: Système Portable d'Analyse de Données-Textuelles; voir Lebart et Salem, 1994.

2 Voir: Cibois, 1990, 1993.

Notre approche se situe par conséquent clairement dans une démarche exploratoire de données. Cet aspect nous semble totalement justifié dans la mesure où, outre la taille réduite de notre «population», la complexité du problème étudié exclut de procéder à des tests d'hypothèses ou à une modélisation élaborée *ex ante*. Il s'agit, en prenant pour guide nos hypothèses de départ, de découvrir les logiques principales qui président à une dynamique: celle d'une histoire qui se déroule sur plusieurs années, à laquelle nous n'avons accès qu'à travers une reconstruction actuelle et au sein de laquelle se jouent, dans un cadre éminemment relationnel, la gestion d'émotions tout autant que la construction d'un savoir et d'un faire.

La «pression à l'inférence» en discussion

La présentation de notre recherche met en lumière le lien qu'entretient notre préoccupation de mettre à jour les représentations sociales parentales de la maladie mentale de l'enfant avec différentes problématiques éducatives: nous avons travaillé sur un dispositif institutionnel par lequel l'enfant est soigné et scolarisé; les relations des parents avec l'équipe de prise en charge se réalisent avec des «psys» et des éducateurs; et les parents eux-mêmes sont confrontés à une situation éducative: ils rencontrent des professionnels susceptibles de leur fournir des éléments de compréhension leur permettant de structurer leur expérience et d'orienter leur action; mais ils disposent également d'un savoir propre lié aux constructions préalables de leur rapport au monde, à leurs observations dans la vie quotidienne avec l'enfant ainsi qu'à la façon dont ils projettent l'enfant dans l'avenir.

En ce qui concerne nos résultats, l'ampleur des dimensions abordées par notre recherche nous oblige bien sûr à cibler notre propos. Notre intention est de nous focaliser sur l'un des aspects des conclusions qui a paru particulièrement intéressant du point de vue de la théorie des représentations sociales: il s'agit de la question de la genèse des représentations sociales et, en particulier, d'une mise en discussion de la place qu'y prend «la pression à l'inférence». Rappelons que Mugny et Carugati ont développé l'hypothèse selon laquelle deux facteurs – la rencontre avec l'étrangeté, tributaire du degré de proximité et d'implication des sujets, et la carence informationnelle qui généralement l'accompagne – «doivent coïncider pour que prenne naissance une représentation structurée» (Mugny et Carugati, 1985, p. 46)³. Ainsi, selon cette approche, les représentations sociales ont un moteur – l'étrangeté d'un phénomène – qui, assorti

3 Voir également: Moscovici, (1961) 1976.

à l'insuffisance des informations le concernant, entraîne une «pression à l'inférence», se traduisant par la construction d'une théorie explicative du phénomène rencontré. Les dimensions «rencontre avec l'étrangeté» et «pénurie informationnelle» sont donc proposées conjointement comme sources de la construction des représentations.

La naissance, au sein d'une famille, d'un enfant si réticent à la norme que son comportement dérange, inquiète et pousse à la consultation, manifeste à l'évidence l'intrusion de l'étrange. Quant à la pénurie informationnelle, elle est tout aussi évidente puisqu'elle apparaît aux yeux-mêmes des cliniciens pour lesquels diagnostics, thérapies et pronostics, au stade de l'enfance, doivent non seulement être apportés avec la plus grande prudence mais se fondent également, bien souvent, sur des interprétations contradictoires (Bercherie, 1988).

Une première question doit donc être abordée à ce stade: *les représentations sociales parentales font-elles montre de différences importantes quant à leur contenu et quant à la structuration de ce contenu?*

Une analyse thématique initiale a porté sur les conceptions parentales de l'origine causale des troubles de l'enfant. Elle indique déjà que la majorité des parents impliqués (20 sur 32 familles) prennent position quant à l'étiologie, et la font essentiellement en référence à un seul facteur, tel que la relation parents-enfant, une grossesse ou une naissance difficiles, l'hérédité, une maladie ou un handicap. Un tiers de nos interlocuteurs, en revanche, font montre d'indécision ou renoncent à prendre position. Ce travail de catégorisation cependant nous a essentiellement permis de procéder à une codification des éléments explicatifs fournis par les parents en fonction du modèle théorique proposé par Laplantine (*op. cit.*) qui présente quatre axes formés de positions contrastées.

L'axe «ontologique/relationnel» permet de distinguer, d'une part, un pôle ontologique, le plus souvent physique, centré sur l'être de la maladie, impliquant une compréhension lésionnelle ainsi qu'une option qualitative (la maladie est une altérité) et, d'autre part, un pôle relationnel centré sur l'homme malade, impliquant une compréhension fonctionnelle et une lecture quantitative de la rupture d'équilibre entre l'homme et son environnement (la maladie est une altération). L'axe «exogène/endogène» oppose une conception de la maladie dont l'origine est liée à l'intervention d'un élément étranger au malade (naturel ou culturel), à une conception de la maladie dont la source se situe à l'intérieur même du sujet (somatique ou psychologique). L'axe «additif/soustractif» distingue la maladie perçue comme un élément additionnel (quelque chose en plus) de la maladie perçue comme soustractive (négativité, absence, manque). L'axe «maléfique/bénéfique», enfin, différencie

une conception de la maladie comme nuisible, nocive, privation ou non-sens radical, de celle de la maladie comme comportant une signification positive (tel est le cas lorsque la maladie est intégrée dans la biographie comme un épisode enrichissant, ou qu'elle est conçue comme génératrice de nouvelles potentialités).

À cette première approche des conceptions étiologiques des parents, nous avons associé celle de leurs conceptions de la thérapeutique. En ce qui concerne cette dimension, nous avons adopté les distinctions logiques proposées par le même auteur. Sur l'axe «allopathique/homéopathique», le premier pôle traduit les traitements qui visent à juguler les symptômes par leurs contraires, l'objectif étant de détruire l'agent pathogène sans détruire le malade; quant au second, il se réfère aux traitements qui cherchent à réactiver le symptôme par les semblables, l'objectif étant d'agir dans le sens des défenses de l'organisme. Soulignons ici que les termes d'«homéopathique» et d'«allopathique» sont utilisés au sens large: une conception allopathique des troubles consistera essentiellement au souhait d'éradiquer ce qui provoque le trouble; une conception homéopathique concernera principalement la recherche de la signification des symptômes. L'axe «additif/soustractif» distingue les traitements qui cherchent à restituer ce que la maladie a soustrait, de ceux qui visent à éliminer ce que la maladie a ajouté. L'axe «exorcistique/endorcistique» permet de démarquer une représentation du soignant comme un combattant en lutte contre la maladie de celle qui le conçoit comme un assistant qui accompagne le patient dans son rapport à sa maladie. L'axe «sédatif/excitatif», enfin, oppose le traitement inhibant, apaisant, au traitement tonique, stimulant.

Nos analyses de données montrent qu'en ce qui concerne l'étiologie, les axes «ontologique/relationnel» et «endogène/exogène» se révèlent les plus clairement discriminants. L'axe «soustractif/additif» présente également, en soi, une systématique claire de positionnements contrastés, mais les analyses multivariées que nous avons développées ne permettent pas de faire état d'une répartition des conceptions additives et soustractives qui soit co-occurente avec celles des deux axes précédents. Quant aux thérapeutiques, deux axes voient se répartir clairement les conceptions parentales: il s'agit des oppositions «allopathique/homéopathique» et «sédatif/excitatif». Mais ici encore, les analyses multivariées ne permettent la mise en évidence d'une logique de co-occurrence avec les conceptions étiologiques qu'en ce qui concerne le premier de ces couples contrastés.

Les AFC effectuées laissent ainsi apparaître nettement que lorsque des prises de position claires apparaissent chez les parents, s'opposent une logique substantialiste et une logique fonctionnelle (ces analyses ont été réalisées en plusieurs étapes; la dernière,

qui ne prend en compte que les variables les plus discriminantes, présente un pourcentage d'explication de 63.4 pour F1 et de 15.3, pour F2). La première est commandée par un modèle ontologique: de nature essentiellement physique et pensée en terme d'«être», la causalité du trouble est située à l'intérieur du sujet. La seconde est portée par un modèle relationnel: pensée en terme de déséquilibre, la causalité est attribuée à un «accident» dû à l'action d'un élément étranger. Quant aux orientations thérapeutiques valorisées ou dépréciées par les parents, elles mettent en lumière l'opposition suivante: on voit d'une part des méthodes qui visent à agir sur les symptômes et à éradiquer un «mal» et qui se trouvent liées, dans nos données, à la logique substantialiste de l'étiologie; on observe d'autre part, liées cette fois à la logique fonctionnelle des étiologies, des méthodes qui cherchent à aider la «nature» dans la recherche d'un équilibre, à comprendre les symptômes, à ne pas réprimer la diversité, mais à rechercher ses aspects positifs.

Nous avons ainsi pu montrer la correspondance de ces types d'organisation du champ des représentations avec les deux schèmes majeurs d'intelligibilité qui organisent les savoirs savants et qui, historiquement, se sont affrontés au sein des univers spécialisés: une conception biomédicale et une conception psychosociale de la maladie. Pour la première, il s'agit de concevoir l'origine des pathologies en termes ontologiques, ce qui correspond aux bases fondatrices de la médecine occidentale contemporaine: l'âme et le corps sont distincts et, si la première est du ressort de la métaphysique, le second l'est de la physique. Cette optique correspond à une approche essentialiste de la maladie (animée par le projet nosologique), à une approche anatomopathologiste (basée sur le projet d'attribuer un «siège» aux pathologies) et à une approche des spécificités étiologiques, fondée sur la recherche d'une cause spécifique à chaque symptomatologie. La seconde conception – psychosociale – de la maladie est largement promue par certaines des théories que développent les discours spécialisés, tels que la psychanalyse, l'approche systémique ou l'antipsychiatrie. Ces approches psychosociales, particulièrement actives dans le domaine des pathologies mentales, penchent plutôt vers une conception d'une exogénéité des troubles qui peut être conçue tant sur un registre naturel que culturel; néanmoins certaines théories psychanalytiques et surtout les modèles systémiques ont fait large place à une approche des troubles en termes sociogénétiques.

Ces résultats rejoignent ainsi différentes études réalisées sur les représentations sociales de la maladie et de la santé (Dufrancatel, 1968; Herzlich, 1969, 1970, 1986; Jodelet, 1986, 1989; Schurmans, 1990, 1995): celles-ci ont bien montré que sur la base d'une option de départ, telle que l'appréhension de la maladie en termes individuels ou sociaux, était générée une logique dualiste qui tend à radicaliser les approches spécialisées.

Nos données cependant mettent également en lumière que, à côté de ces deux grandes logiques qui régissent, chez les parents, le registre de l'attribution de causalité et les orientations thérapeutiques privilégiées, coexistent des options non structurées dont une seule caractéristique semble apparaître: l'origine des troubles est plutôt endogène. Cet élément isolé restait, à nos yeux, insuffisant pour fonder l'organisation d'un système d'explication orientant jugements et actions.

Nos compléments d'analyse ont permis d'éclairer ce premier constat portant sur le repérage de deux champs structurés des représentations parentales et d'un domaine au sein duquel dominent interrogations, contradictions et indécisions. Notre cheminement s'est en effet trouvé tributaire d'une deuxième question: *les différences observées en ce qui concerne le champ des représentations sont-elles rapportables à une variation de la «pression à l'inférence»?* Les familles touchées sont toutes caractérisées à la fois par la présence d'un enfant «psychiquement perturbé» et un cheminement thérapeutique effectué dans la même institution; nous avons par conséquent décidé d'aborder le thème de «la pression à l'inférence» à travers l'analyse multivariée de plusieurs dimensions. Schématiquement, ces dimensions – que nous présentons ci-dessous – visent à comprendre si la rencontre avec «l'étrangeté» des comportements de l'enfant et «la pénurie informationnelle» ont eu, aux yeux de certains parents, un relief majeur.

La dimension des «positions socio-affectives» aborde les états émotionnels ressentis par les parents durant le parcours de l'enfant, depuis le repérage de ses troubles. Elle est issue de l'analyse des formes verbales de chaque locuteur, réalisée à partir du système SPAD-T. Les AFC et les analyses hiérarchiques effectuées ont permis de dégager six regroupements distincts :

- la **révolte** réfère aux sentiments d'incompréhension et de colère qu'expriment certains parents, tout en manifestant leur volonté de s'imposer ;
- la démarche de **prise en charge et changement personnel** permet d'identifier une seconde possibilité de réaction : il s'agit là, pour une part des parents, de dire leur volonté de ne pas se laisser abattre après s'être sentis dépassés et surchargés ainsi que de faire état de leur propre évolution ;
- le **vécu difficile** réfère à la description des problèmes, perturbations et soucis rencontrés ; cette catégorie, restant exclusivement descriptive, semble exclure toute attitude active ;
- la **souffrance solitaire** ressort de l'exposé des sentiments conjoints de solitude et de souffrance ;

- l'**espérance** se manifeste lorsque, dans leur économie émotionnelle, les parents se réfèrent au futur : ils se projettent dans une amélioration « à venir » ;
- l'**impuissance** s'exprime par le sentiment d'être démuné, sans ressources, face aux problèmes de l'enfant et à la difficulté d'organiser la vie quotidienne.

Deux variables sont issues de ces AFC par discrétisation des deux premiers facteurs.

Suivant une démarche semblable à la précédente, nous avons traité une troisième dimension : « les positions socio-cognitives » qui traduisent la façon dont pères et mères se situent face au savoir, le leur comme celui des spécialistes. Son analyse a mis également en lumière six types de rapports au savoir :

- la **compétence au savoir** ressort de l'affirmation, par certains parents, d'une capacité propre de savoir et de comprendre, qui n'exclut nullement la collaboration avec les spécialistes ;
- une **opposition frontale** aux savoirs spécialisés s'exprime par la valorisation du contact quotidien que nourrissent les parents avec l'enfant et s'accompagne d'un déni de la compétence des spécialistes rencontrés ;
- la détention d'un **savoir parallèle** apparaît lorsque les parents affirment une capacité personnelle d'interpréter les problèmes de l'enfant, mais que celle-ci est inarticulée avec les savoirs spécialisés ;
- la conscience d'une **lacune de savoir** s'exprime lorsque les parents affirment leur ignorance en même temps qu'ils reconnaissent l'existence de savoirs spécialisés ;
- l'**incompétence au savoir** s'exprime quand les parents font état de leur manque de savoir en même temps que de leur refus de savoir : pour eux, le savoir propre étant absent, le savoir des spécialistes semble inaccessible ;
- un **non rapport au savoir** apparaît lorsque les parents limitent leurs propos à une rencontre brute avec l'inexplicable et à l'expression de leur perplexité.

Nos AFC ont, ici également, entraîné la construction de deux variables discrètes sur les deux premiers facteurs.

Une quatrième dimension prend en charge le rapport parental à l'action. Cinq types d'attitudes ont été mises à jour par une première analyse thématique :

- le sentiment de **devoir agir** apparaît lorsque les parents insistent sur leur rôle actif dans le déroulement des prises en charge de leur enfant ; en tant que principaux responsables de son éducation et de son bien-être, ils s'estiment les premiers concernés par les prises de décisions et par les stratégies thérapeutiques ;

- l'affirmation de devoir porter l'**initiative de l'action** ressort lorsque les parents décrivent leurs démarches propres, menées au cours du processus de prise en charge de leur enfant : ils vont d'eux-mêmes consulter tel ou tel professionnel, s'informent sur diverses options thérapeutiques ou scolaires, mais, à la différence de la catégorie précédente, ils n'insistent pas sur la légitimité et la nécessité de ces initiatives ;
- l'**action en collaboration** s'exprime quand un accent est mis sur leur volonté de participer à une action conjointe dont les partenaires sont les milieux professionnels (« psy » ou enseignants spécialisés) ; les parents sont en accord avec les propositions et les actions des intervenants (soit dans leur ensemble, soit pour la majorité d'entre eux) et optent pour une attitude de partenariat ;
- l'affirmation d'une opposition (**agir contre**) apparaît lorsque les parents mettent en avant leur opposition aux actions menées par les milieux professionnels ; ils expriment leur désaccord avec certains intervenants et s'opposent à leurs propositions, ils refusent certaines prises en charge ou ils en désapprouvent plusieurs aspects ;
- le sentiment d'**être agi** se manifeste quand les parents, tout en se sentant en désaccord avec ce qui est mis en place pour leur enfant, acceptent néanmoins les prises en charge ; cette attitude est souvent liée au sentiment d'être contraints de suivre une filière imposée, d'être impuissants face à un « système » rigide.

Trois dernières dimensions complètent les premières: le projet parental pour l'enfant (être bien dans sa peau/étudier-travailler normalement/s'insérer socialement); l'évaluation de son évolution (satisfaction/insatisfaction/sans avis); et le pronostic parental (dominante positive/dominante négative/sans avis).

Quant aux dimensions étiologiques et thérapeutiques, nous n'avons retenu que les axes qui avaient présenté une fonction discriminante forte: allopathique/relationnelle et exogène/endogène pour l'étiologie; homéopathique/allopathique pour la thérapeutique.

Enfin, nous avons utilisé, en illustrative, la variable indépendante «milieu social» forgée à partir des informations concernant les études et les professions des conjoints (favorisé/moyen/défavorisé).

Notre analyse des relations entre les neuf dimensions est à nos yeux très éclairante. Le plan factoriel (F1=21.2%; F2=18.1% de l'explication) permet d'observer trois univers dont l'interprétation est fondée sur l'acceptation *versus* le refus d'avoir, avec les professionnels, une réelle interaction autour de la connaissance des troubles de l'enfant, de leur origine et de leurs modes de prise en charge.

1. L'acceptation d'une entrée en matière, passant par la reconnaissance d'un savoir spécialisé dessine la possibilité d'une rencontre entre parents et spécialistes, qui prend la forme d'une opposition active. L'adhésion aux messages des professionnels est minimale, l'évaluation de l'histoire institutionnelle de l'enfant est négative, le pronostic plutôt sombre, et les traits compatibles au modèle médical classique dominant (étiologie ontologique et refus d'une thérapeutique de type homéopathique). Au sein de cette opposition, le sentiment de révolte personnelle peut cependant prendre deux formes majeures:
 - soit il s'accompagne d'une démarche de prise en charge ainsi que du sentiment de devoir agir et de prendre l'initiative de l'action;
 - soit il penche du côté du blocage et de la réaction contre les spécialistes.
2. Il apparaît cependant aussi que la rencontre puisse être fondée sur une prise en charge de l'action en collaboration (devoir agir et prendre l'initiative de l'action, mais également co-action), accompagnée parfois aussi d'un sentiment de rébellion (être incompris, en colère, lutter); dans ce cas, l'adhésion avec le milieu «psy» est forte et les modalités étiologiques et thérapeutiques sont compatibles avec le modèle psychosocial; le projet pour l'enfant est à la fois l'insertion sociale et le bien-être. Cette configuration laisse apparaître la modalité «milieu social favorisé».
3. En revanche, le refus (présence d'un savoir parallèle) ou l'incapacité ressentie (non-rapport au savoir) d'avoir avec les professionnels une réelle interaction concernant l'explication de la pathologie de l'enfant, s'accorde essentiellement, sur le plan des positions socio-affectives, avec le constat passif d'une vie difficile et avec une représentation de soi comme objet de l'action. Ces caractéristiques vont de pair avec des positions floues typiques de la logique de la perplexité que nous avons relevée plus haut et la modalité «milieu social défavorisé» s'inscrit dans cet ensemble. Cette logique de la perplexité nous semble caractériser l'ambiguïté de la pensée et l'absence de construction d'un modèle explicatif des troubles de l'enfant, susceptible d'orienter l'action.

Conclusion

Du point de vue des sciences de l'éducation, les observations que nous avons pu établir sont importantes. En premier lieu parce qu'elles attirent l'attention sur le fait que la rencontre thérapeutique entre parents et thérapeutes – par extension, entre consultants et spécialistes – peut être comme une situation informelle de formation des adultes. On sait en effet que, dans le milieu médical, la lecture dominante de l'échec thérapeutique est fondée sur le principe d'une information lacunaire du public. Notre recherche met en question cette acception. Elle montre en effet que la question est plus complexe. En ce qui concerne «l'éducation des patients», les spécialistes se devraient d'adopter les principes de base de la transposition didactique plutôt que de concevoir leur mission comme la transmission d'un savoir «vrai» susceptible de remplacer un savoir «erroné».

Un tel déplacement de perspective se traduit sur le plan de l'articulation entre la problématique éducative et celle de la construction sociale des représentations. Il s'agit, en effet, du côté des thérapeutes, de comprendre tout d'abord que tout savoir se construit sur la base de connaissances et de conceptions préexistantes dont il faut tenir compte et qu'il convient, par conséquent, de découvrir. La question est loin d'être simple car elle suppose une investigation en profondeur du rapport à la maladie, au corps et à la norme, ainsi qu'aux contextes familiaux et sociaux à l'intérieur desquels se repère, s'exprime et se produit une pathologie. Il s'agit ensuite de prendre acte de l'ensemble des facteurs qui concourent, chez ceux qui les consultent, à la construction progressive des significations liées à l'origine des problèmes de l'enfant et à la façon d'y remédier. C'est dire que doivent être abordées là, dans une perspective dynamique, diverses dimensions croisées, telles que la façon dont les consultants se représentent eux-mêmes face aux différentes formes du savoir ainsi qu'aux diverses valorisations dont celles-ci sont chargées, à la fois dans le contexte sociétal général et dans le groupe social à l'intérieur duquel se sont opérées – et se poursuivent – les différentes étapes de leur socialisation. Telles également que la façon dont ils se représentent, comme acteurs responsables ou comme objets d'un déterminisme qui leur échappe: ces représentations agissent, en même temps, sur leurs possibilités de réagir aux tensions qui les atteignent en ce qui concerne leur propre trajectoire de vie, et de gérer une collaboration avec les spécialistes, en passant éventuellement par une dynamique conflictuelle. Il s'agit enfin de prendre au sérieux simplement que toute communication se fait dans le cadre d'une interaction, où les représentations de soi et les représentations de l'interlocuteur sont dans un rapport constant de négociation.

Sur le plan de la théorie des représentations sociales, nous pensons que nos résultats apportent certaines nuances à ce que la psychologie sociale définit comme moteur de la genèse de la structuration des représentations. Si les facteurs de «rencontre d'un phénomène étrange» et de «pénurie informationnelle» ne sont pas, en soi, remis en question, il convient cependant d'adjoindre à cette perspective une réflexion sociologique complémentaire.

Les modes d'organisation des représentations parentales ont en effet été étudiés sous l'angle de leur lien avec le degré subjectif d'inexplicabilité ressenti par les parents, à l'aide des deux questions de recherche suivantes: peut-on percevoir, chez les parents, différentes façons de se positionner face au savoir?; peut-on identifier chez les parents, plusieurs modes de perturbations liées à leur situation envers un enfant dont la trajectoire passe par l'institutionnalisation psychiatrique?

La première question nous a permis de montrer que la fracture principale entre les sujets repose, d'une part, sur la reconnaissance conjointe de savoirs propres et de savoirs spécialisés ou sur l'affirmation consciente d'une lacune des savoirs propres et, d'autre part, sur la conviction de détenir un savoir parallèle à celui des spécialistes ou de se sentir incompetent en matière de savoir, voire non concerné. Le premier ensemble constitue la condition d'une rencontre avec les savoirs spécialisés qui puissent déboucher sur l'adoption d'éléments d'explication produits par autrui ou sur la négociation entre ce que l'on sait et ce que l'on apprend. Le second ensemble exclut la rencontre. En cas de savoir parallèle, il peut y avoir, au mieux, compatibilité des caractéristiques essentielles qui permettent aux parents et aux spécialistes de penser la pathologie de l'enfant, sans échange, mais également sans contradiction majeure. Dans le cas d'un sentiment de non-rapport au savoir, en revanche, la construction cognitive ne s'opère pas et l'on persiste dans l'univers du doute et de l'incertitude.

Quant à la seconde question, nos données indiquent que l'essentiel des différenciations entre répondants repose sur la présence ou sur l'absence d'une réaction à leur souffrance: d'un côté, nous voyons des sentiments de révolte ou de prise en charge moyennant le changement personnel; de l'autre, nous voyons l'expression descriptive d'un vécu difficile ou la souffrance solitaire. Ces deux derniers constats d'impuissance peuvent être temporellement circonscrits et donner lieu à une réaction, ou ils peuvent ne représenter que le seul horizon possible. Dans le premier cas, encore une fois, la porte est ouverte à la rencontre; dans le second, il y a repli et le rapport au savoir en est corrélatif: on ne peut être partenaire de la co-construction d'un savoir et d'un faire.

Ces propositions ont été renforcées par nos analyses des conceptions de l'action. Dans l'analyse de cette dimension également, se manifeste une ligne de fracture très nette.

Nous avons, d'une part, les sujets qui conçoivent l'efficacité de leur action, que celle-ci soit faite d'opposition ou de collaboration et, d'autre part, les sujets qui ne se représentent que comme « agis », c'est-à-dire, comme objets d'une action qui leur échappe.

Les formes d'organisation – ou de désorganisation – du champ des représentations que nous avons étudiées, sont donc bien liées à l'inexplicabilité des problèmes de l'enfant, telle que la ressentent les parents. Elles le sont dans la mesure où cette inexplicabilité inclut – ou exclut – une représentation de soi comme susceptible d'entrer en matière sur l'explication, d'une part, et comme capable de réagir aux perturbations personnelles, d'autre part.

La problématique de l'action qui traverse l'ensemble de nos données, est cependant loin d'être socialement indifférente! Ce sont les milieux sociaux les plus défavorisés qui se trouvent au centre de gravité des variables constitutives de la logique de la perplexité, de la non-rencontre des savoirs, de l'agentisation et du constat passif de vie difficile. Ce sont les milieux sociaux les plus favorisés qui se situent au plus proche du modèle psychosocial de l'étiologie et de la thérapeutique, dans un rapport de négociation des savoirs avec les spécialistes, dans la logique de l'actorialisation et de la réaction active aux perturbations rencontrées.

Il pourrait sembler, à première vue, que la logique de l'opposition ne soit pas aussi déterminée socialement. Et pourtant, les formes mêmes de l'opposition se différencient selon les milieux sociaux: opposition-prise en charge du côté des milieux favorisés et opposition-blocage du côté des autres. Pour les premiers, l'opposition s'inscrit dans la potentialité d'une rencontre et d'une négociation; pour les seconds, l'aspect radicalisé de l'opposition traduit, au contraire, un autre visage de l'absence de rencontre.

En amont de la pression à l'inférence, définie par l'impact de l'étrange et par la pénurie informationnelle, il y a par conséquent, à nos yeux, deux conditions.

1. La possibilité de se représenter comme acteur potentiel, partenaire de l'élaboration de la connaissance et de l'action.
2. La possibilité de se représenter comme susceptible de réagir « pour soi » aux sentiments de perturbations que l'on rencontre. Ces conclusions nous semblent éclairer la notion de « focalisation » que proposait Moscovici (1961, 1976) comme troisième condition de la production des représentations sociales; rejoindre les développements de Duveen et Lloyd (1990) sur les aspects sociogénétiques de l'activité représentative; et s'articuler avec les recherches qui, depuis la psychologie sociale, portent sur le *locus of control*.

RÉFÉRENCES

- Bercherie, P. (1988). «La clinique psychiatrique de l'enfant, Étude historique» In Bercherie, P. (éd.), *Géographie du champ psychanalytique*. Paris: Navarin Éditeur, 173-188.
- Cibois, Ph. (1990). *L'analyse des données en sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cibois, Ph. (1993). «Le PEM, Pourcentage de l'écart maximum: un indice de liaison entre modalités d'un tableau de contingence». *Bulletin de méthodologie sociologique*, 40, septembre, 43-63.
- Dufrancatel, C. (1968). «La sociologie des maladies mentales». *La sociologie contemporaine*, 16,2, 1-207.
- Duruz, N., M.N. Schurmans, R. Lob, E. Martinez, L. Seferdjeli (1997). *Les représentations sociales de la maladie mentale de l'enfant*. Berne: Fond National de la Recherche scientifique (Suisse).
- Duveen, G. et B. Lloyd (1990). *Social Representations and the development of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton.
- Herzlich, C. (1970). *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton.
- Herzlich, C. (1986). «Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social». In Doise, W., A. Palmonari (éd.), *L'Étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé, 157-170.
- Jodelet, D. (1986). «Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique». In Doise, W., A. Palmonari (éd.), *L'Étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé, 171-192.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- Lebart, L. et A. Salem (1994), *Statistique textuelle*. Paris: Dunod.
- Moscovici, S. (1961 et 1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mugny, G. et F. Carugati (1985). *L'intelligence au pluriel*. Cousset: DelVal.
- Schurmans, M.N. (1990). *Maladie mentale et sens commun. Une étude de sociologie de la connaissance*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Schurmans, M.N. (1995). «La malattia mentale dal punto di vista della sociologia della conoscenza: concezioni antropologiche, socio-storiche e psicosociali». In Petrillo, G. (éd.), *Psicosociologia sociale della salute. Salute e malattia come costruzioni sociali*. Napoli: Liguori, 353-374.

La mondialisation, la santé, l'environnement, le virtuel, etc. En tant que problématiques nouvelles s'imposent avec insistance au champ de l'éducation. Pourtant, les outils permettant de les cerner restent rares et dans ces circonstances l'apport de la théorisation des Représentations sociales est riche. Elle a l'avantage d'offrir un cadre d'analyse souple et holistique qui permet d'aborder pleinement les multiples relations et les rapports sociaux que sous-tendent systèmes et sous-systèmes du champ d'étude de l'éducation.

Les différents travaux, qui sont présentés ici, montrent assez bien comment opèrent ces cadres d'interprétation et d'analyses des connaissances et des valeurs communes que sont les représentations sociales dans des champs aussi variés que l'éducation à la santé, l'éducation à l'environnement, l'inter-culturel ou les droits de l'homme.

Chercheurs, étudiants en sciences sociales et tous les enseignants trouveront dans ce recueil des informations, des pistes de réflexion et l'amorce de nouveaux chantiers en développement.

Collection Éducation

dirigée par André Lemieux, Ph.D.
Professeur à l'Université du Québec à Montréal
ISBN 2-921696-36-3



Catherine Garnier

Professeur au département de Kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal et directrice du CIRADE (Centre interdisciplinaire de recherche sur l'apprentissage et le développement en éducation).

Docteur en sciences de l'éducation à l'Université Paris VII.


Ses travaux portent particulièrement sur les représentations sociales dans le champ de la santé, de l'environnement et de l'éducation.

Michel-Louis Rouquette

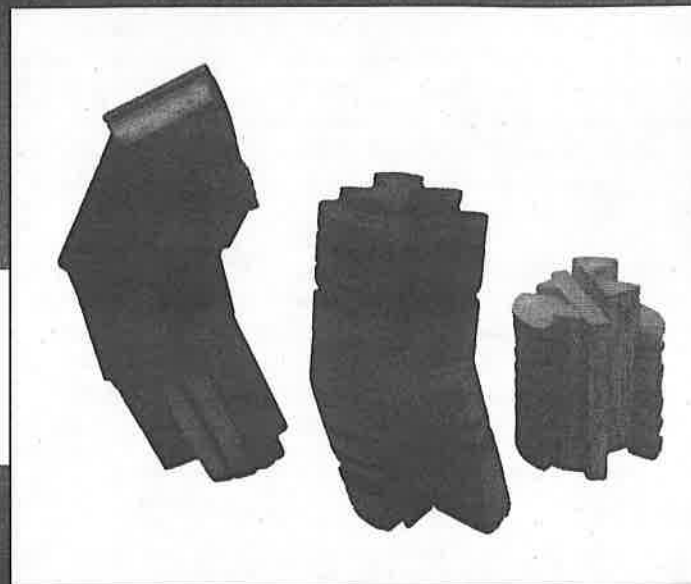
Professeur de psychologie sociale à l'Université de Paris VIII.

Docteur d'État ès lettres et sciences humaines.

Ses travaux de recherche portent essentiellement sur les processus et les structures de la pensée sociale.



Représentations sociales et éducation



sous la direction de
CATHERINE GARNIER et MICHEL-LOUIS ROUQUETTE



Éditions
Nouvelles