

Les représentations sociales de la dépression : vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs

Philippe Tremblay (tremblay.philippe@uqam.ca)

Université du Québec à Montréal

Résumé

Plusieurs évidences encouragent à mener des études sur les représentations sociales de la dépression; étonnamment, très peu de ces études ont été menées jusqu'à présent. Bien que les études sur les croyances et attitudes vis-à-vis de la dépression apportent des éléments d'information intéressants, elles ne peuvent pas être considérées comme des études exhaustives d'une représentation sociale. Ce type d'études impliquant plutôt une approche pluriméthodologique, deux théories des représentations sociales, la théorie du noyau central et la théorie des principes organisateurs, pourraient être articulées l'une avec l'autre. Après avoir considéré le désaccord apparent entre ces deux théories, est discutée une articulation de leurs complémentarités en relation avec le thème de la représentation sociale de la dépression.

Mots clés

dépression ; noyau central ; pluriméthodologie ; principes organisateurs ; représentation sociale ; triangulation

Introduction

À l'échelle planétaire, la dépression est un trouble mental courant, responsable d'une lourde charge de morbidité, et qui devrait progresser au cours des 20 prochaines années.

Organisation Mondiale de la Santé (2001)

Qu'est-ce que la dépression ? Bien que son nom indique un phénomène très répandu dans les sociétés contemporaines et une maladie connue depuis des centaines d'années, la dépression apparaît encore aujourd'hui difficile à définir clairement. Même parmi les chercheurs et les professionnels de la santé mentale, il y a peu de consensus pour la définir et l'expliquer (Downing-Orr, 1998; Gigling, Guimelli, & Penochet, 1996). Diverses théories de la dépression se confrontent (biologiques, psychologiques, sociales), engendrant des façons différentes de la diagnostiquer et de la traiter. Bien que des efforts d'uniformisation aient été entrepris pour préciser les symptômes de la maladie dépressive (classifications du type DSM, par exemple), le concept de dépression demeure difficilement saisissable et une part d'incertitude accompagne son diagnostic. Avec les critères actuels, le diagnostic de dépression est passablement subjectif, reposant en bonne partie

sur les descriptions par le patient de ses symptômes. Les critères tendent à être trop larges et descriptifs et peuvent s'appliquer à plus d'un trouble (Downing-Orr, 1998). Devant la pluralité des types de dépression et la variabilité de leur mode d'expression, même les psychiatres, médecins spécialistes de la santé mentale, semblent éprouver un certain malaise face au cadre nosologique des états dépressifs (Gigling et al., 1996). Malgré l'avancement des connaissances, on ne peut pas encore préciser quelles sont les causes exactes de la dépression et les conceptions d'aujourd'hui reposent sur des hypothèses qui peuvent se révéler fausses demain (Downing-Orr, 1998; L'ôo & L'ôo, 2000).

Considérant cette imprécision du concept de dépression, il appert que la personne atteinte de dépression et l'intervenant qui auront à collaborer pour intervenir ensemble sur cette maladie pourront ne pas l'appréhender du même point de vue. Vraisemblablement, parmi les aspects de la dépression considérés importants chez l'un, certains ne le seront pas chez l'autre. L'un pourra attacher beaucoup d'importance aux causes biologiques de la dépression et préconisera un traitement pharmacologique alors que l'autre pourra trouver ce type de traitement inapproprié s'il juge que les causes premières de la dépression sont davantage d'ordre psychosocial.

Comme il n'existe pas de définition claire et unique de ce qu'est la dépression, chacun peut, jusqu'à un certain point, la concevoir à sa manière et entretenir des croyances et attitudes particulières à propos d'elle. Il est cependant important de remarquer que ces croyances et attitudes pourront exercer une influence considérable sur l'efficacité de l'intervention menée auprès des personnes dépressives. Par exemple, il semble que les personnes dépressives répondent mieux à la thérapie cognitive si elles sont initialement favorables à son rationnel théorique, si elles peuvent le relier à leur propre expérience (Fennell & Teasdale, 1987) et si ce rationnel correspond à leur propre compréhension des causes de la dépression (Addis & Jacobson, 1996). Dans le même sens, les croyances en l'utilité des antidépresseurs semblent prédire leur consommation (Jorm, Medway, Christensen, Korten, Jacomb, & Rodgers, 2000), la qualité du suivi avec le médecin et la satisfaction vis-à-vis du traitement (Bultman & Svarstad, 2000). Par ailleurs, lorsque des symptômes dépressifs et des événements de vie bouleversants sont attribués à des causes incontrôlables, toute perception d'amélioration de la dépression est retardée (Firth & Brewin, 1982).

Plus largement, les croyances entretenues par l'entourage de la personne dépressive peuvent contribuer à maintenir la dépression. Par exemple, si l'entourage de la personne dépressive considère la dépression comme une tristesse ordinaire facilement surmontable, cela peut amplifier le sentiment, chez la personne dépressive, que les autres sont souvent impatients, antipathiques et hostiles envers elle (e.g., Feldman & Gotlib, 1993). Ceci aide à comprendre pourquoi les personnes dépressives ou ayant une histoire de dépression sont peu enclines à considérer que leur famille ou leurs amis proches peuvent les aider (Jorm, Christensen, Medway, Korten, Jacomb, & Rodgers, 2000).

Bref, les croyances et attitudes entretenues à propos de la dépression peuvent avoir des conséquences importantes sur l'évolution de cette maladie et sur l'efficacité de son traitement.

Lorsqu'on considère l'interaction thérapeute-patient plus spécialement, on peut supposer que deux perspectives différentes de la maladie se rencontrent (Tsouyopoulos, 1994), car patient et thérapeute font lecture des signes, symptômes et conséquences de la maladie en utilisant des

codes et des référents construits à l'intérieur de leur groupe d'appartenance respectif. À la perspective professionnelle du symptôme doit s'ajuster l'expérience subjective des sensations corporelles et psychologiques éprouvées par le patient. Cet ajustement est essentiel car le partage d'une vision commune de la maladie semble être un élément important dans le succès à long terme de l'intervention (Peebles & Moore, 1996). Similairement, la compatibilité entre la définition du problème psychologique faite par le patient et celle faite par le thérapeute apparaît comme condition à l'efficacité de l'activité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002; Kessel & McBrearty, 1967). Un sentiment de similarité semble engendrer une relation plus significative entre le thérapeute et le patient et, par conséquent, un meilleur résultat au traitement (Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen, & Bachrach, 1971). Par exemple, en ce qui concerne l'étiologie du trouble, la similarité que perçoivent les patients entre leurs croyances et celles de leur thérapeute affecte le degré de crédibilité attribué au thérapeute et la satisfaction vis-à-vis de la consultation (Atkinson, Worthington, Dana, & Good, 1991).

La représentation sociale de la dépression

Puisque les différentes représentations liées à la dépression auront vraisemblablement un impact sur l'évolution de cette maladie et l'efficacité de son traitement, il est important de mieux les connaître et les comprendre. Pour y arriver, il faut reconnaître la dépression en tant qu'objet socialement construit et en tant qu'enjeu entre les groupes en présence. La mise en évidence des représentations entourant la dépression, de leur organisation et de leurs origines sociales et psychologiques pourra alors constituer un moyen d'identifier plus précisément et de mieux comprendre les différentes positions des patients et des intervenants face à la dépression. Pour guider ce type d'étude, qui s'inscrit sous une perspective socioconstructiviste, un courant théorique déjà incontournable en Europe et s'imposant peu à peu ailleurs dans le monde apparaît fort utile. Il s'agit du courant des représentations sociales.

Approcher la dépression en tant que représentation sociale offre la possibilité d'apprécier les constructions des groupes, tels les thérapeutes ou les patients, à propos d'un même objet social (ou de plusieurs objets sociaux pris

en tant que système), telle la dépression, et de définir comment ces groupes se positionnent les uns par rapport aux autres, dans le conflit comme dans l'accord, en fonction de leurs représentations. D'un point de vue clinique, comme la compatibilité entre la définition du problème psychologique faite par le patient et celle faite par le thérapeute semble être une condition à l'efficacité de l'activité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002; Kessel & McBrearty, 1967), la mise en lumière de tels positionnements de groupes apparaît particulièrement intéressante pour informer d'éventuelles démarches visant à rendre plus probable cette compatibilité.

Rappelons qu'à l'origine les représentations sociales ont été définies par Moscovici (1961) comme étant un savoir de «sens commun», des «systèmes de valeurs, des idées et des pratiques» (p.XIII) formés d'images, de symboles et de concepts socialement partagés et reflétant l'ancrage des individus dans leur environnement (Moscovici, 1961; Doise, 1986). Selon Jodelet (1989, p. 36), on repère dans leur structure divers éléments dont plusieurs ont été étudiés de manière isolée, comme des éléments informatifs, idéologiques ou normatifs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des opinions, des images, etc.

Les représentations sont sociales car elles naissent au sein de l'interaction sociale et fournissent un code commun à la communication, tout en distinguant les groupes sociaux les uns des autres (Moscovici, 1992). Elles constituent donc un fond commun de connaissances et de croyances où les individus et les groupes puisent des éléments pour interpréter leur environnement social et physique. Elles impliquent une façon particulière de comprendre et de communiquer qui caractérise une société ou un groupe social particulier et par laquelle la réalité et la connaissance de tous les jours sont subjectivement construites. Elles « s'étaient sur des valeurs variables selon les groupes sociaux dont elles tirent leurs significations comme sur des savoirs antérieurs réactivés par une situation sociale particulière » (Jodelet, 1989, p.35).

Avec cette brève description, on s'aperçoit déjà de l'intérêt heuristique du concept de représentation sociale pour approcher les constructions du concept de dépression chez différents groupes de thérapeutes et de patients. En abordant la dépression comme un objet socialement construit, la théorie des

représentations sociales permet d'explorer les composantes de ces différentes constructions en les situant dans un contexte de relations de groupes. Comme le souligne Jodelet (1989, p.35), les représentations sociales « sont reliées à des systèmes de pensée plus larges, idéologiques ou culturels, à un état des connaissances scientifiques, comme à la condition sociale et à la sphère de l'expérience privée et affective des individus » (Jodelet, 1989, p.35). Dans le cas de la dépression, ces systèmes de pensée plus larges nous amènent à supposer que des éléments de représentation sont susceptibles d'être partagés entre différents groupes de thérapeutes et de patients. Par exemple, il est possible que thérapeute et patient conçoivent tous deux la dépression comme se manifestant fréquemment par de la tristesse et de la fatigue. Par contre, d'autres aspects, tels ceux liés à l'expérience privée et affective des individus, sont plutôt susceptibles de différencier les représentations du thérapeute et du patient. Par exemple, des patients pourraient considérer les événements de la vie adulte comme cruciaux dans l'étiologie de la dépression alors que des thérapeutes pourraient accorder plus d'importance aux facteurs biologiques.

Par ailleurs, il faut être sensible au fait que « le manque d'information et l'incertitude de la science favorisent l'émergence de représentations qui vont circuler de bouche à oreille ou rebondir d'un support médiatique à l'autre » (Jodelet, 1989, p.34). Ainsi, dans le cas de la dépression, il faut s'attendre à ce que certaines zones encore inconnues et incertaines soient davantage investies de constructions variables selon les différents groupes, en fonction des valeurs propres à chacun de ceux-ci.

Aussi, il faut reconnaître qu'en « tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, [les représentations sociales] orientent et organisent les conduites et les connaissances sociales » (Jodelet, 1989, p.36) et que, par conséquent, les différentes représentations entretenues vis-à-vis de la dépression feront en sorte que les causes, les symptômes et les traitements de cette maladie seront interprétés différemment, et qu'en retour, ces différentes interprétations engendreront probablement des conduites différentes. Ce point est particulièrement important, car il indique qu'aborder la dépression en tant que représentation sociale pourrait également permettre de mieux comprendre pourquoi une majorité de dépressifs n'est pas identifiée par les

services de santé (Downing-Orr, 1998; Campbell, Robison, Skaer, & Sclar, 2000).

Bref, puisque les représentations sociales sont des structures organisées et qu'elles permettent d'intégrer les composantes cognitives et psychosociales, analyser dans cette perspective ce qu'est la dépression auprès de différents groupes de thérapeutes et de patients présente un grand intérêt.

Les études antérieures

Malgré son intérêt heuristique, très peu d'études ont été menées à propos de la représentation sociale de la dépression. En fait, on ne retrouve dans la littérature que deux études s'étant spécifiquement consacrées à cette représentation : celle de Gigling et al. (1996) comparant des médecins généralistes à des psychiatres et celle de Beck, Matschinger et Angermeyer (2003) comparant un échantillon de la population de l'Allemagne de l'Ouest à un autre de l'Allemagne de l'Est. Et encore, la première de ces deux études n'est qu'exploratoire tandis que la deuxième est plus une enquête publique qu'une étude d'une représentation sociale. En fait, même si la compatibilité entre la définition du problème psychologique faite par le patient et celle faite par le thérapeute apparaît comme une condition à l'efficacité de l'activité thérapeutique (Krause, 1992; Winkler, 1993 cités par Krause, 2002; Kessel & McBrearty, 1967), à notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a cherché à comparer les représentations sociales de la dépression de patients dépressifs à celles de professionnels de la santé mentale. Cela dit, sans adopter les représentations sociales comme cadre conceptuel, plusieurs études ont examiné, et parfois comparé, les croyances et attitudes de dépressifs, de professionnels de la santé et/ou du public général en regard des causes, traitements, pronostics et/ou conséquences possibles de la dépression (Angermeyer & Matschinger 2003, 1999; Caldwell & Jorm, 2001; Çirakoğlu, Kökdemir, & Demirutku, 2003; Furnham & Kuyken, 1991; Hugo, 2001; Jorm, Christensen et al., 2000; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers, & Pollitt, 1997; Jorm, Medway et al., 2000; Kirk, Brody, Solomon, & Haaga, 1999; Kuyken, Brewin, Power, & Furnham, 1992; Lauber, Falcatto, Nordt, & Rössler, 2003; Matschinger & Angermeyer, 2003; Mulatu, 1999, Özmen, Ögel, Boratav, Sagduyu, Aker, Tamar, 2003; Srinivasan, Cohen, & Parikh, 2003).

Si elles apportent des éléments d'information intéressants, ces études ne peuvent toutefois pas être considérées comme des études exhaustives d'une représentation sociale. Plutôt que d'interroger les participants sur ce que signifie pour eux la dépression, la tendance générale de ces études est de présenter certaines de ses caractéristiques diagnostiques, presque toujours à l'aide d'une vignette clinique (fortement inspirée des symptômes énumérés par le DSM), et de prendre pour acquis que ces caractéristiques sont la dépression. C'est seulement ensuite qu'on questionne les participants sur les causes, traitements, etc. de la dépression en leur demandant de se baser sur la description que fournit la vignette. On peut remarquer qu'en utilisant une vignette clinique inspirée du DSM, les auteurs de ces études décident en quelque sorte à la place des participants ce qu'est (ou ce que devrait être) la dépression. Devant la multiplicité des classifications de la dépression et des symptômes censés la traduire, cette vignette se révèle incomplète et inappropriée si on souhaite rendre compte de la diversité des conceptions pouvant exister dans l'esprit des gens. Il ne faut pas oublier que ce sont ces conceptions qui guident les jugements et les conduites de tous les jours face à la dépression. Les auteurs des quelques études ayant utilisé une vignette inspirée du DSM rapportent que seulement 39% des répondants ont identifié le problème décrit dans la vignette comme une dépression (voir Jorm et al., 1997). En d'autres termes, ce faible pourcentage signifie que la majorité des participants ne se référait pas à la définition formelle de la dépression pour répondre aux questions supposées examiner les croyances et attitudes à propos de la dépression.

En contraste avec la perspective adoptée par ces études antérieures sur les croyances et attitudes vis-à-vis la dépression, une approche de cette maladie en tant que représentation sociale permet d'une part, de comprendre comment la connaissance scientifique se traduit dans le sens commun et d'autre part, d'identifier certains effets des différents ancrages sociaux qui concourent à créer les multiples sens que les groupes peuvent attacher à la dépression. Le cadre conceptuel des représentations sociales accorde de l'importance à tout type de savoir concernant la dépression, et non seulement au savoir «scientifique», du type DSM, par exemple.

Bref, puisque aucune étude exhaustive de la représentation sociale de la dépression

comparant thérapeutes et patients n'a été menée jusqu'à présent, il sera proposé, dans le texte qui suit, une approche pluriméthodologique permettant de réaliser ce type d'étude.

Pour une approche pluriméthodologique

L'idée de privilégier une approche pluriméthodologique pour l'étude d'une représentation sociale n'est pas neuve. Ainsi, pour l'instigateur du courant théorique des représentations sociales, Serge Moscovici, « la connaissance que les individus possèdent au sujet d'un objet et la manière dont celle-ci est organisée et utilisée par les individus et les groupes, implique la perspective incontournable de la pluri-méthodologie » (selon Apostolidis, 2003, p.14). En fait, l'intérêt et la nécessité de l'approche pluriméthodologique sont constamment développés et discutés dans le domaine des représentations sociales (Abric, 1994a; Jodelet, 1989). Par exemple, Abric (1994a) soutient que « ... l'utilisation d'une technique unique n'est pas pertinente pour l'étude d'une représentation, [...] toute étude de représentation doit nécessairement se fonder sur une approche pluri-méthodologique... » (p.79).

Comme la théorie des représentations sociales est issue d'une vision socioconstructiviste et qu'elle se fonde sur l'interaction sociale à partir de laquelle les groupes sociaux organisent leurs façons de penser, de se représenter l'environnement, d'agir et de communiquer, l'exploitation de méthodologies multiples, qualitatives et quantitatives, est une nécessité.

Pour mieux circonscrire, dans le cas qui nous intéresse, la complexité du concept de dépression en tant qu'objet socialement construit, on doit s'efforcer de rendre explicites les différents points de vue qui s'y rapportent; cette explicitation sera d'autant plus complète qu'elle se basera sur plusieurs méthodes de recueil. De même, pour comprendre les processus représentationnels et communicationnels complexes interagissant avec les pratiques sociales, on doit passer par une démarche de questionnements à étapes successives qui nécessite aussi de multiples méthodes. En n'utilisant qu'une méthode (entretien, questionnaire, association libre ou autre), il serait en effet impossible de mettre à jour cette complexité. Chaque méthode habituellement utilisée dans les études sur les représentations sociales permet d'éclairer des aspects importants

d'une représentation, mais chacune a aussi ses limites (Abric, 1994a).

Plus particulièrement, l'approche pluriméthodologique qui est proposée ici vise un rapprochement de deux théories majeures du courant des représentations sociales : la théorie du noyau central (Abric, 1994) et la théorie des principes organisateurs (Doise 1990). L'idée de réunir ces deux théories se fonde sur une volonté d'offrir « une stratégie alternative de recherche qui repose sur le principe d'articulation de différentes perspectives conceptuelles et méthodologiques adéquates pour étudier autant d'aspects différents que possibles du phénomène visé » (Flick, 1998, cité par Apostolidis, 2003, p.34). Ce type de triangulation représente une orientation pluriméthodologique inductive qui peut apporter rigueur, ampleur et profondeur à la recherche sur les représentations sociales.

Dans les lignes qui suivent, après avoir exposé des notions essentielles de la théorie du noyau central et de celle des principes organisateurs, leur désaccord apparent sera considéré et, finalement, une articulation de leurs complémentarités sera discutée en relation avec le thème de la représentation sociale de la dépression.

La théorie du noyau central

C'est pour rendre compte de l'organisation interne des éléments constitutifs d'une représentation sociale qu'Abric propose la théorie du noyau central. Selon cette théorie, toute représentation est organisée autour d'un noyau central. « Ce noyau central sera un sous-ensemble de la représentation, composé d'un ou de quelques éléments dont l'absence déstructurerait la représentation ou lui donnerait une signification complètement différente » (Abric, 1994b, p.73).

Dans cette optique, le noyau central des représentations sociales remplit deux fonctions. D'une part, une fonction génératrice, car c'est par le noyau central que se crée ou se transforme la signification des autres éléments de la représentation. D'autre part, une fonction organisatrice, car c'est le noyau central qui détermine la nature des liens et des relations qui unissent entre eux les éléments d'une représentation. On dit que le noyau central se caractérise également par une propriété essentielle, la stabilité, car les éléments qui le constituent sont ceux qui résistent le plus au changement. En fait, on dit que les éléments du

noyau central « assurent la pérennité de la représentation dans les contextes différents suscités par l'environnement social » (Moliner, 1995a, p.45).

Les éléments qui ne font pas partie du noyau central, mais qui font tout de même partie de la représentation sont appelés éléments périphériques. Contrairement aux éléments du noyau central qui sont partagés de façon consensuelle, les éléments périphériques sont le sous-ensemble de la représentation qui laisse place aux variations individuelles. Parce qu'ils sont moins stables et plus souples que les éléments centraux, les éléments périphériques jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement et la dynamique des représentations.

En somme, selon la théorie du noyau central, la structure d'une représentation sociale est constituée d'un noyau éminemment social, organisateur de la représentation et assurant sa stabilité, et d'éléments périphériques qui sont plus contextualisés, qui reflètent les idiosyncrasies individuelles et qui représentent la partie adaptative de ce double système (Abric, 1994).

Ce qui apparaît intéressant pour notre propos, c'est la portée théorique de cette problématique, à savoir si la représentation sociale d'une réalité donnée, plus particulièrement le noyau central qui la définit, ayant comme une de ses fonctions de favoriser la communication entre les individus et les groupes, est unique ou multiple. Dans le cas de la dépression, par exemple, peu importe le groupe examiné, la tristesse, la fatigue et la perte d'intérêt pourraient représenter des éléments centraux de la représentation tandis que la culpabilité, les idées suicidaires et la perte de concentration pourraient en être des éléments périphériques. Ceci pourrait s'observer, par exemple, chez deux groupes de personnes concernés par la dépression, les patients dépressifs et les thérapeutes, malgré leur implication différente dans le phénomène. La similarité de leur noyau central rendrait compte de leur partage de préoccupations communes et du fait qu'ils sont informés par des médias communs qui peuvent servir de courroies aux « systèmes de pensée plus larges, idéologiques ou culturels » (Jodelet, 1989, p.35) liés aux représentations sociales de cet objet social. À l'inverse, si des éléments centraux différents se retrouvaient dans les représentations des dépressifs et des intervenants, cela signifierait que ces deux groupes donnent une signification

différente au concept de dépression et organisent de façon différente les éléments constitutifs de la représentation. Cette dernière possibilité apparaît bien réelle lorsqu'on considère que, vis-à-vis la dépression, l'expérience privée et le savoir (profane) des dépressifs sont passablement différents de l'expérience et du savoir professionnels des intervenants en santé mentale. En retour, ces différences dans les représentations de ces deux groupes pourraient être à l'origine d'incompréhensions, de problèmes de communication et, éventuellement, d'un échec thérapeutique. D'où l'importance de décrire l'organisation interne des représentations de différents groupes de thérapeutes et de patients car, en rendant explicites les éléments centraux et périphériques de ces représentations, on permet de mieux comprendre ce qui donne sens et organisation aux conceptions de la dépression et cela s'avère fort utile pour favoriser des démarches visant à améliorer la communication et le partage de visions compatibles entre le thérapeute et le patient dépressif.

La théorie des principes organisateurs

Pour Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi (1992), « un problème important des études sur les représentations sociales est que leur matière première est constituée de recueil d'opinions, d'attitudes ou de préjugés individuels dont il faut reconstituer les *principes organisateurs* communs à des ensembles d'individus » (italique ajouté, p.15). C'est pour faire face à ce problème que le recours à des analyses de données de différents types s'impose. Ces analyses de données sont supposées pouvoir contribuer à l'étude de trois hypothèses importantes sur la nature des représentations sociales. Ces hypothèses peuvent se résumer de la façon suivante : les représentations sociales sont des *croyances communes* caractérisées par des *modulations individuelles* et par des *ancrages dans des réalités collectives*.

Ainsi, pour Doise et al. (1992), l'étude des représentations sociales ne se limite pas à leur aspect consensuel : les variations entre individus doivent également être prises en compte. Ces différences interindividuelles sont considérées comme des « variations dans des prises de positions par rapport à des enjeux communs » (Doise et al., 1992, p.18.). Comme le souligne Doise (1990), lorsque la dynamique sociale

s'élabore autour de questions importantes, elle suscite des prises de position individuelles spécifiques qui sont liées aux insertions sociales des individus. Ces prises de position « soit interindividuelles soit intergroupes sont des modulations à partir de principes organisateurs communs » (Clémence et al., 1994, p.123). Dans cette optique, « les représentations sociales sont aussi des *principes organisateurs* des différences entre des prises de position individuelles » (italique ajouté, Doise et al., 1992, p.18.). Par conséquent, toute étude exhaustive d'une représentation sociale devrait passer par trois phases : elle « devrait mettre à jour un savoir commun, des principes organisateurs de positions individuelles par rapport aux points de repère fournis par ce savoir commun, et les ancrages de ces positions dans des réalités sociopsychologiques » (Clémence et al., 1994, p.124).

Comparativement à la théorie du noyau central, la théorie des principes organisateurs paraît laisser plus de place aux variations inter-individus. En ne mettant pas l'accent sur le consensus, cette théorie insiste plutôt sur les principes qui organisent ces variations inter-individus. Cela dit, tout comme la théorie du noyau central, la théorie des principes organisateurs reconnaît que des instances sont partagées entre les individus. Dans la théorie du noyau central, il s'agit d'éléments centraux tandis que, dans la théorie des principes organisateurs, on parle plutôt d'enjeux communs, de dimensions ou de principes communs qui organisent les prises de position par rapport à ces enjeux.

Dans le cas de la dépression, la théorie des principes organisateurs indique que des prises de position par rapport à des enjeux communs (les origines de la maladie et son traitement, par exemple) sont organisées selon des principes organisateurs et ancrées dans des réalités psychologiques, psychosociologiques et/ou sociologiques (Doise, 1992). Il se pourrait donc qu'un groupe de thérapeutes se distingue d'un groupe de patients dans la mesure où la position du premier serait, davantage que le second, orientée vers les origines biologiques de la dépression et le traitement par antidépresseurs. Il se pourrait également que l'ancrage de cette position se trouve en bonne partie dans la formation médicale reçue par ce groupe de thérapeutes.

La mise en évidence des principes organisateurs des prises de positions individuelles et de leurs ancrages pourrait s'avérer très utile pour comprendre pourquoi certains groupes se distinguent ou se rapprochent d'autres groupes en regard de la représentation de la dépression, car cette mise en évidence aiderait à donner un sens aux différences individuelles et les rattacherait aux réalités collectives qui les produisent. En d'autres termes, la théorie des principes organisateurs est non seulement susceptible de rendre explicite ce qui organise les opinions, croyances et attitudes de différents groupes en regard de la dépression et des enjeux communs s'y rapportant, mais elle pourrait aussi identifier quels sont les ancrages de ces éléments représentationnels. Cet apport semble particulièrement précieux pour comprendre comment et pourquoi des thérapeutes et des dépressifs s'accordent ou se distinguent en regard de leur représentation de la dépression. En ce sens, la théorie des principes organisateurs apparaît également très pratique pour informer d'éventuelles démarches visant à rendre plus probable le partage de visions compatibles de la dépression entre le thérapeute et le patient.

Un désaccord apparent

Comme on peut le remarquer, selon qu'on conçoive qu'une représentation sociale est organisée autour d'un noyau central dont les éléments sont partagés de façon consensuelle entre les individus ou qu'il s'agit, au contraire, de « principes organisateurs des différences entre des prises de position individuelles » (Doise et al., 1992, p.18.), deux théories apparemment concurrentes sont disponibles pour rendre compte de l'organisation des représentations sociales. En effet, là où la théorie du noyau central voit un consensus, la théorie des principes organisateurs laisse place aux divergences. Moliner (1995a) remarque toutefois que ce conflit peut être résolu lorsqu'on comprend que le consensus de la théorie du noyau central est un consensus de *signification* et que la théorie des principes organisateurs se fonde sur l'*évaluation*, sur le *jugement* :

De par leurs fonctions signifiante et organisatrice, les éléments du noyau construisent l'objet de représentation de la même manière que, selon Moscovici, le « schéma figuratif » est une expression du réel. Pour que cette réalité existe, pour que les individus puissent en débattre, pour qu'ils puissent prendre certaines positions à son égard, il est nécessaire qu'ils la

définissent de manière à peu près consensuelle. [...] Ainsi, il peut y avoir consensus pour définir un objet à partir de quelques caractéristiques et divergences ou consensus quant aux jugements qui seront portés sur ces caractéristiques. Chacun peut, par exemple, s'accorder pour dire qu'une Corrida se termine toujours par la mise à mort du taureau. Mais nous portons, les uns les autres, des jugements très différents sur cette mise à mort. Dès lors, on peut envisager que la théorie du noyau permet de rendre compte du consensus au niveau des significations tandis que la théorie des principes organisateurs rend compte de divergences évaluatives déterminées par des valeurs sociales.

Moliner, 1995a, p.50

En tentant d'intégrer les notions de noyau central et de principes organisateurs, Moliner (1994b; 1995a et b) propose un modèle bi-dimensionnel des représentations sociales. Renvoyant respectivement à la théorie du noyau central et à la théorie des principes organisateurs, la dimension de centralité et la dimension évaluative sont alors conçues comme des « dimensions fondamentales à toute représentation sociale » (Moliner, 1995b, p.85). Ces dimensions sont considérées comme indépendantes l'une de l'autre et, par conséquent, un élément de représentation plus ou moins central peut être également plus ou moins évaluatif.

Pour Moliner, la dimension évaluative renvoie à la notion de principes organisateurs parce qu'il considère que « prendre position, c'est adopter ou rejeter une opinion sur la base de ce que l'on pense être bien ou mal, bon ou mauvais en fonction des valeurs dominantes d'un champ social donné » (Moliner, 1994b, p.50).

Or, on peut se poser la question : Qu'arrive-t-il lorsqu'on est en présence d'un objet de représentation intrinsèquement évaluatif tel que la maladie? Les éléments constitutifs de la représentation sociale de la dépression ne risquent-ils pas d'être évalués négativement par tous?

Il faut rappeler que, pour Moliner, la dimension évaluative renvoie à des préférences. Pour connaître l'évaluation des éléments constitutifs de la représentation des études, Moliner (1995a, p.52) demande en effet à des individus de choisir, parmi une liste de 20 items censés refléter la représentation des études (nécessaire, difficile, par exemple), 5 items permettant de

compléter la phrase « À mon avis, il est préférable que les études soient... » et 5 items permettant de compléter la phrase « À mon avis, il est préférable que les études ne soient pas... ».

En ce qui concerne une maladie comme la dépression, quels éléments censés la décrire seront considérés préférables? Est-il préférable que la dépression soit une forme de tristesse, de fatigue, ou d'irritation? Est-il préférable que les causes de la dépression soient la perte d'un être cher, un emploi trop exigeant ou un manque d'activité physique? On se rend compte que la dimension évaluative proposée par Moliner, définie en tant que bien ou mal, bon ou mauvais, préférable ou non préférable s'applique difficilement à des objets déjà fortement imprégnés d'une évaluation. Cela signifie-t-il pour autant que les individus évaluent tous de la même manière les éléments pouvant définir la dépression, quelles que soient leurs insertions sociales? Certainement pas. Seulement, cette évaluation devra se poser plus en termes d'accords et de désaccords qu'en termes de préférences. Ainsi, des individus pourraient être plus ou moins d'accord que tel symptôme, telle cause ou telle conséquence se rapporte à la dépression, mais pourraient difficilement préférer tel symptôme, telle cause ou telle conséquence de la dépression.

Par ailleurs, pour que ces accords et désaccords sur les composantes étiologiques, curatives et manifestes de la dépression se mettent en place, est-il nécessaire de partager de façon consensuelle une même signification de la dépression comme le suggère l'analyse de Moliner ? Pour les uns, la dépression est une maladie biologique avant tout. Pour d'autres, elle est le symptôme d'une organisation sociale faisant défaut. Pour les autres encore, elle exprime un conflit inconscient. Quelle est la signification consensuelle de la dépression sur laquelle reposent ces prises de positions ? Existe-t-il un concept de dépression sur lequel ces points de vue s'accordent préalablement ? Ce que nous constatons plutôt est que la signification même de la dépression est objet de débats. Tous ne s'entendent pas sur les causes, symptômes, conséquences et traitements de la dépression et cette mésentente exprime autant de désaccords sur la signification de ce qu'est la dépression. Ainsi, il nous semble que la dépression présente une définition elle-même marquée de désaccords et que le partage d'une signification consensuelle n'est pas nécessaire à la mise en place de positionnements divergents.

En somme, parler des prises de positions de la théorie des principes organisateurs en termes d'actes évaluatifs peut apparaître une interprétation limitée lorsqu'on est en présence d'objets présentant déjà, implicitement, soit une forte évaluation, positive ou négative, soit une définition elle-même marquée de désaccords. Comme nous le remarquons, il apparaît plus approprié de considérer en termes d'accords et de désaccords qu'en termes de préférences les différentes positions pouvant être prises sur les éléments constitutifs d'objets intrinsèquement évalués. De plus, les objets pour lesquels la définition appelle déjà des dissensions ne semblent pas nécessiter qu'une signification de ces objets soit partagée de façon consensuelle pour que puissent naître des positions évaluatives divergentes. Ces remarques considérées, il reste que les notions de noyau central et de principes organisateurs présentent des particularités qui peuvent être mises en valeur de façon complémentaire. Dans les lignes qui suivent, cette complémentarité sera discutée en relation avec le thème de la représentation sociale de la dépression.

Noyau central et principes organisateurs : complémentarités et pluriméthodologie

Dans le cas de la dépression, les complémentarités théoriques et méthodologiques liées à la combinaison des notions de noyau central et de principes organisateurs apparaissent particulièrement susceptibles de nous conduire vers un examen plus complet et valide d'une représentation sociale. Soulignons que pour Clémence et al. (1994) toute étude exhaustive d'une représentation sociale devrait passer par trois phases : elle « devrait mettre à jour un savoir commun, des principes organisateurs de positions individuelles par rapport aux points de repère fournis par ce savoir commun, et les ancrages de ces positions dans des réalités sociopsychologiques » (Clémence et al., 1994, p.124). À partir de là, on peut déjà remarquer que, ne s'opposant pas à l'idée qu'une représentation puisse être « un ensemble organisé de cognitions partagées par les membres d'une population... » (Flament, 1994, p.37), les principaux auteurs derrière la théorie des principes organisateurs conçoivent que les individus prennent position « sur la base certes d'éléments partagés mais aussi sur la base de

principes organisateurs différents » (Clémence et al., 1994, p.150). Sur ce point d'accord, examinons comment, pratiquement, les deux théories, ainsi que leurs méthodologies associées, pourraient se compléter en regard de l'étude de la représentation de la dépression.

Lorsqu'on est intéressé par la confrontation des dépressifs et des professionnels de la santé mentale en regard de leur représentation de la dépression et qu'on veut connaître quels sont les éléments de représentation qu'ils ont en commun, les méthodes visant à repérer et à identifier le noyau central sont susceptibles d'être particulièrement utiles. Rappelons que selon la théorie du noyau central, celui-ci « constitue la base commune, collectivement partagée des représentations sociales [et que] sa fonction est consensuelle » (Abric, 1994b, p.78). Par conséquent, si les dépressifs et les professionnels de la santé mentale partagent des éléments de représentation de la dépression, ces éléments pourraient être mis en évidence par l'identification d'éléments centraux communs à ces deux groupes. D'un autre côté, les méthodes d'identification du noyau central permettraient également de juger dans quelle mesure les différents groupes de dépressifs et d'intervenants étudiés ont une représentation différente ou semblable de la dépression « puisque les cognitions centrales déterminent la signification et l'organisation de toutes les autres cognitions [et que] deux représentations seront différentes si, et seulement si, elles n'ont pas le même noyau central » (Moliner, 1994a, p.200). À cet effet, si les éléments centraux de la représentation d'un groupe d'intervenants diffèrent de ceux d'un groupe de patients dépressifs, nous aurons une piste pour planifier en conséquence des interventions visant à rendre possible le partage d'une vision commune de la maladie.

Comme la théorie des principes organisateurs a généré, elle aussi, des méthodes pour mettre en évidence la savoir commun d'une représentation sociale, ces méthodes pourraient être utilisées en complémentarité avec les méthodes d'identification du noyau central pour lui apporter un éclairage additionnel. Puisque, d'un côté, la théorie des principes organisateurs parle d'enjeux et de points de références communs et que, de l'autre côté, la théorie du noyau central parle d'éléments de signification partagés de façon consensuelle, des aspects différents de savoir commun sont susceptibles d'être mis à jour si on utilise les méthodes rattachées à ces deux théories. Par exemple, il se pourrait qu'il y

ait *consensus*, au sein de groupes (ou de sous-groupes) sociaux, pour dire que la dépression est une maladie qui s'exprime par de la tristesse et de la fatigue, mais que les *enjeux communs* sur lesquels les individus prennent position se rapportent aux origines et aux traitements de cette maladie. Dans cet exemple, on voit donc que les éléments centraux que mettraient en évidence les méthodes d'identification du noyau central ne permettraient pas de repérer les questions communes sur lesquelles les individus prennent position.

Cette distinction peut rappeler celle faite par Moliner (1995a) lorsqu'il a suggéré que le consensus de la théorie du noyau central soit un consensus de signification et que la théorie des principes organisateurs se fonde sur l'évaluation. Il faut cependant remarquer que le modèle bi-dimensionnel qu'a élaboré Moliner est « un modèle descriptif de la structure des représentations sociales » (Moliner, 1994b, p.85). Or, il ne faudrait pas « privilégier une démarche descriptive à une démarche explicative. Toute étude exhaustive des RS doit en même temps les décrire comme réalités objectives et considérer leur ancrage dans des dynamiques relationnelles. Étudier l'ancrage des RS c'est chercher un sens pour la combinaison particulière de notions qui forment leur contenu » (Doise, 1992, p.189). C'est une chose de mettre en évidence le savoir commun d'une représentation sociale chez une population donnée, c'en est une autre de connaître de quelle façon les individus se positionnent les uns par rapport aux autres en fonction de ce savoir commun et des enjeux qu'il suscite. Pour cela, il est nécessaire de mettre en évidence les principes organisateurs de positions individuelles et les ancrages de ces positions dans des réalités sociopsychologiques. C'est ici que les méthodes d'analyses multivariées telles les analyses factorielles semblent essentielles. Ces analyses permettent également d'étudier l'effet de différents ancrages (psychologiques, psychosociologiques et sociologiques) sur l'adhésion à ces principes organisateurs, par l'analyse de variance par exemple. Dans le cas de la dépression, nous serions évidemment intéressés à connaître l'effet des variables dichotomiques professionnel/non-professionnel et dépressif/non-dépressif, mais nous pourrions également nous intéresser au genre, à l'âge, au statut socio-économique, à l'orientation politique, à l'intérêt porté à la problématique de la dépression, etc. Ainsi, à la description de la

structure et de l'organisation des éléments constitutifs de la représentation sociale, vient s'ajouter une dimension explicative avec l'étude des principes organisateurs et des ancrages des prises de positions individuelles.

Conclusion

Bien qu'une étude exhaustive d'une représentation sociale soit exigeante du point de vue méthodologique et qu'elle ne soit pas toujours réalisable compte tenu du temps et des ressources dont on dispose, ce type d'étude doit néanmoins être recherché. C'est dans cette optique que nous avons proposé une approche pluriméthodologique de la représentation sociale de la dépression. En tentant d'allier les théories et méthodes se rattachant aux notions de noyau central et de principes organisateurs, cette approche vise à articuler l'étude de l'organisation interne de la représentation sociale à l'étude des diverses prises de positions individuelles et de leurs ancrages dans des réalités psychosociales. Espérons que cette esquisse d'alliance des deux notions saura contribuer à cerner plus complètement les représentations sociales, et, particulièrement la représentation sociale de la dépression, qui, comme toute maladie, peut se révéler « un signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social » (Herzlich, 1986).

Références

- Abric, J.-C. (ed.) (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Abric, J.-C. (1994a). Méthodologie de recueil des représentations sociales. In J.-C. Abric (ed.), *Pratiques sociales et représentations* (p.59-82), Paris : PUF.
- Abric, J.-C. (1994b). L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique. In C. Guimelli (ed.) (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*, (p.73-84), Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques* (Washington DC,

- 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 384 p.
- Angermeyer M. C. & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression : similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534.
- Angermeyer M. C. & Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders : a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34 (5), 275-281.
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In J.-C. Abric (ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p.13-35), Éditions érès : France.
- Atkinson, D. R., Worthington, R. L., Dana, D. M. & Good, G. E. (1991). Etiology beliefs, preferences for counselling orientations, and counselling effectiveness. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 258-264.
- Beck, M., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2003). Social representations of major depression in West and East Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 520-525.
- Beutler, L.E. (1979). Values, beliefs, religion and the persuasive influence of psychotherapy. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16 (4), 432-440.
- Beutler, L.E., Johnson, D.T., Neville, C.W., Elkins, D., & Jobe, A.M. (1975). Attitude similarity and therapist credibility as predictors of attitude change and improvement in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (1), 90-91.
- Bultman, D. C. & Svarstad, B. L. (2000). Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education and Counseling*, 40, 173-185.
- Caldwell, T. M. & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression : A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 42-54.
- Campbell, L. K., Robison, L. M., Skaer, T. L., & Sclar, D. A. (2000). Depression: Interventions and their effectiveness. In Palmer, Katharine J. (Ed), *Managing depressive disorders* (pp. 1-16). Kwai Chung, Hong Kong: Adis International Publications. iii, 157 pp.
- Çirakoğlu, O. C., Kökdemir, D. & Demirtek, K. (2003). Lay theories of causes of and cures for depression in a Turkish university sample. *Journal of Social Behavior and Personality*, 31 (8), 795-806.
- Clémence, A., Doise, W. & Lorenzi-Cioldi, F. (1994). Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. In C. Guimelli (ed.). *Structures et transformations des représentations sociales*, (p.119-152) Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1994.
- Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, XLV, 405, 189-195.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. In R. Ghiglione, C. Bonnet, J.-F. Richards (eds.), *Traité de psychologie cognitive*, Tome 3, Paris, Dunod, p.111-174.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concept. In W. Doise, A. Palmonari (Eds) *Les représentations sociales: un nouveau champ d'étude*. Genève: Delachaux & Niestlé.
- Doise, W., Clémence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). Représentations sociales et analyses de données. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Downing-Orr, K. (1998). *Rethinking depression: Why current treatments fail*. New York, NY, US: Plenum Press. x, 164 p.
- Feldman, L. A. & Gotlib, I. H. (1993). Social dysfunction. In C. G. Costello (ed.), *Symptoms of depression* (pp. 85-112). New York : John Wiley et Sons, Inc.
- Fennell, M. J. V. & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression : Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Firth, J. & Brewin, C. R. (1982). Attributions and recovery from depression : A preliminary study using cross-lagged correlation analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 229-230.
- Flament, C. (1994). Représentation sociale, consensus et corrélation, *Papers on social representations*, 3 (2), 184-193.

- Furnham, A. & Haraldsen, E. (1998). Lay theories of etiology and 'cure' for four types of paraphilia : Fetishism; pedophilia; sexual sadism; and voyeurism. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 689-700.
- Furnham, A. & Kuyken, W. (1991). Lay theories of depression. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 329-342.
- Gigling, M., Guimelli, C. & Penochet, J.-C. (1996). Les représentations sociales de la dépression chez des médecins : entre pratiques et normes. *Textes sur les représentations sociales*, 5 (1), 27-40.
- Herzlich, C. (1986). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social. In W. Doise & A. Palmonari (eds), *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1986, 157-170.
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 419-425.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Medway, J., Korten, A. E., Jacomb, P. A. & Rodgers, B. (2000). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression : associations with history of depression and professional help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 211-219.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P., (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32(3) : 143-148.
- Jorm, A. F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A. & Rodgers, B. (2000). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression : effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 619-626.
- Kessel, P. & McBrearty, J. (1967). Values and psychotherapy : A review of the literature. *Perceptual and Motor Skills*, 25, 669-690.
- Kirk, L., Brody, C., Solomon A. & Haaga, D. A. F.(1999). Lay Theories concerning causes and treatment of depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17 (4), 237-248
- Krause, M. (2002). Social representations of psychological problems : contents and transformations, *Social Science Information*, 41(4) : 603-621.
- Kuyken, W., Brewin, C. R., Power, M. J. & Furnham, A. (1992). Causal beliefs about depression in depressed patients, clinical psychologists and lay persons. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 257-268.
- Lauber, C., Falcato, L., Nordt, C., & Rössler, W. (2003). Lay beliefs about causes of depression. *Acta Neurologica Scandinavica* 108 (suppl 418) : 96-99.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J., & Bachrach, H.M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy : a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75 (3), 145-161.
- Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression : similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534.
- Moliner, P. (1995a). Noyau central, principes organisateurs et modèle bi-dimensionnel des représentations sociales. Vers une intégration théorique? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 44-55.
- Moliner, P. (1995b). A two-dimensional model of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 25, 27-40.
- Moliner, P. (1994a). Les méthodes de repérages et d'identification du noyau des représentations sociales. In C. Guimelli (ed.). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1994, 199-232.
- Moliner, P. (1994b). Les deux dimensions des représentations sociales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 73-85.
- Moscovici, S. (1992). Présentation. Nouvelles voies en psychologie sociales. *Bulletin de Psychologie*, 405 (4-7), 137-143.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. (1^{ère} éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

Mulatu, M. S. (1999). Perceptions of Mental and Physical Illnesses in North-western Ethiopia. *Journal of Health Psychology*, 4 (4), 531-549.

Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. <http://www.who.int/whr2001/2001/main/fr/index.htm>

Özmen, E., Ögel, K., Boratav, C., Sagduyu, A., Aker, T., Tamar, D. (2003). The knowledge and attitudes of the public towards depression: an Istanbul population sample. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2) : 89-100.

Peebles, J.E., & Moore, R. (1996). *Illness Schemata in Patients with Chronic Pain:*

Prediction of Rehabilitation. Abstracts of the XXVI International Congress of Psychology, 389.

Srinivasan, J., Cohen, N. L., & Parikh, S. V. (2003). Patient attitudes regarding causes of depression: Implications for psychoeducation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (7) : 493-495.

Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression : Cause, effect or reciprocal relationship? *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 3-25.

Tsouyopoulos, N. (1994). Postmodernist Theory and the Physician-Patient Relationship. *Theoretical Medecine*, 15 (3), 267-275.