

Étude des représentations sociales de la prévention en santé mentale auprès d'une population de psychologues français

Thomas Saïas et Caroline Ouellet
Université du Québec à Montréal

Camille Lambert
École de Psychologues Praticiens, France

Laurentine Véron
Apsytude

RÉSUMÉ

La prévention est une des premières missions des psychologues hospitaliers et territoriaux en France. Les constats actuels font état d'un faible investissement de ces professionnels et professionnelles en prévention primaire, au profit d'une intervention davantage centrée sur les troubles psychiques et la prévention secondaire. Cette étude qualitative visait à investiguer les représentations sociales des psychologues par rapport à cet objet *prévention*. En outre d'une attitude positive à l'endroit de la prévention, les résultats font état d'un discours principalement centré sur les enjeux sanitaires de la prévention et sur les risques de la mise en place de nouvelles politiques publiques de prévention.

Mots clés : Prévention, psychologues, politiques publiques, représentations sociales, étude qualitative

ABSTRACT

Prevention is one of the professional priorities of French psychologists working in public institutions. However, several recent controversies have revealed psychologists' ambivalence towards primary prevention.

Thomas Saïas, Professeur de psychologie communautaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; Caroline Ouellet, Candidate au doctorat en psychologie communautaire, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; Camille Lambert, psychologue, Département Recherche, École de Psychologues Praticiens, France; Laurentine Véron, psychologue, Association Française de Psychologie Communautaire et Apsytude.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Thomas Saïas, Professeur, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8. Tél. : (514) 987-3000 poste 0918. Courriel : th.saias@gmail.com

The principal focus of their work is clinical practice and secondary prevention. This study's aim was to identify the social representations of French psychologists towards the concept of "prevention" in mental health. Results show that while they have a clear positive attitude regarding prevention as a practice, their discourse also focuses on the potential risks of preventive policies.

Key words: Prevention, psychologists, public policies, social representations, qualitative research

La notion de prévention, dans le champ de la santé mentale, est un concept protéiforme qui suscite actuellement en France une réflexion passionnée de la part des professionnels et professionnelles des sciences de l'humain et du social (Saïas, Véron, Delawarde et Briffault, 2014). Selon Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier (1993),

La prévention vise essentiellement la réduction de l'incidence des problèmes psychosociaux en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population en général ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions. (p. 159)

La santé mentale est, quant à elle, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (Organisation mondiale de la santé, 2001).

Aborder la question de la prévention dans le champ de la santé mentale requiert ainsi une réflexion sur le sens des normes, valeurs et notions guidant, selon les cultures et les époques, ce qu'est une *bonne* ou une *mauvaise* santé mentale (e.g., Ehrenberg, 2010), pour clarifier selon les lieux et les temps ce qu'est un « état de bien-être », des « tensions normales de la vie » ou un « travail productif ». Ainsi imbriquée entre la clinique et le politique, la « prévention en santé mentale » convoque avec elle des représentations sur son bien-fondé, ses forces et ses risques (Saïas *et al.*, 2014).

Historiquement, en France, l'organisation gouvernementale d'actions de prévention dans le domaine de la santé est issue de la mise en place d'une gestion de la santé collective et égalitaire durant la période de l'après-guerre. La création de la sécurité sociale et des services de protection maternelle et infantile (PMI), qui perdurent 70 ans plus tard, en constituent les meilleures illustrations et témoignent de l'intérêt sociétal porté à l'égalité des droits face à la santé. Toutefois l'augmentation récente de stress sociaux (précarité, migration, logement, chômage . . .) et l'intrication de questions sociales dans les problématiques sanitaires ont fait peu à peu émerger l'idée d'une prévention précoce « orientée » vers des populations spécifiques, en adaptant de fait l'organisation des soins aux besoins de populations en perpétuel changement (e.g., Inspection générale des affaires sociales, 2013).

Par ailleurs, comme le soulignent les chartes d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986) et de Bangkok (Organisation mondiale de la santé, 2005), les actions de prévention doivent adopter une logique de promotion de la santé (ici vue comme un outil de développement intégré) et s'inscrire dans une démarche d'ordre communautaire pour être efficaces. Elles nécessitent l'association de

plusieurs secteurs publics tels que ceux de la santé, de l'industrie et de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, des transports et des services sociaux et communautaires, ainsi que des organisations

non gouvernementales ou communautaires telles que des groupes d'appui sanitaire, des églises, des clubs et d'autres organismes. (Organisation mondiale de la santé, 2001)

Dans différents contextes internationaux (par exemple aux États-Unis dès les années 1960 ou au Royaume-Uni dès les années 1980), ce principe de prévention orientée (vers les populations « à risque ») a, très tôt, constitué le système de base des politiques préventives gouvernementales (Delawarde, Saïas et Briffault, 2014). L'État, dans ces pays, ne garantit plus systématiquement l'égalité face aux soins et les unités territoriales. En France, ce passage d'une logique d'égalité (universalisme) à une logique d'équité (universalisme proportionné) (Marmot, 2006) divise les professionnels et professionnelles et leurs représentations des actions de prévention.

En France, l'Agence nationale de santé publique est chargée de mettre en œuvre des politiques nationales de prévention et d'éducation pour la santé. Elle est placée sous la tutelle du ministère de la Santé et a notamment pour mission « de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L1411-6 » de la Code de la santé publique et « d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé » (France, 2002).

Cependant, on note une distance importante entre la volonté affichée des pouvoirs publics et la réalité des actions menées. En effet, la France ne s'est jamais réellement dotée d'une culture de prévention en santé, en marge des dispositifs issus de l'État-providence. Ce constat est particulièrement prégnant dans le champ de la santé mentale où la culture dominante (dans la formation des professionnels et professionnelles comme dans les pratiques institutionnelles) est rattachée au monde sanitaire et curatif (Saïas et Delawarde, 2013).

En dehors d'actions de prévention locales, qui reposent sur des initiatives personnelles et qui font rarement l'objet d'une évaluation (voir par exemple les actions repérées dans le cadre de l'initiative de la Société française de santé publique [2016]), il semble aujourd'hui difficile d'élaborer des actions reposant sur des bases professionnelles communes, faute de formation adaptée et de débat à l'intérieur même des professions sanitaires et sociales.

L'une des raisons de ce constat est que, si certains professionnels et professionnelles pointent aujourd'hui l'intérêt de développer des actions préventives dans une perspective de développement sanitaire et social, d'autres expriment leur inquiétude concernant une potentielle récupération de ces actions à des fins de « gestion des risques sociaux » (Castel, 1981), c'est-à-dire de psychologisation des problématiques sociales, ou à des fins de politisation des actions professionnelles (Collectif pas de zéro de conduite, 2011).

La question spécifique de la prévention précoce (dès la petite enfance) a notamment permis dans les années 2000 de mettre en valeur l'homogénéité des craintes des professionnels et professionnelles (contrôle social, utilisation politique des concepts psychologiques, dérive hygiéniste et normative . . .)—craintes ayant généré un mouvement de recul global face à la notion de prévention (Collectif pas de zéro de conduite, 2011; Saïas et Daumerie, 2008).

Si la promotion et la prévention en santé mentale sont « l'affaire de tous » (Kovess, 2009), certaines professions, et notamment celle des psychologues, s'en voient confier formellement la mission. Au sein de la fonction publique hospitalière les psychologues se doivent, d'après leur fiche de poste, de

concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives et curatives à travers des démarches prenant en compte la vie psychique des individus et des groupes et leur interaction avec l'organisation afin de promouvoir l'autonomie et le bien-être de la personne. (Direction générale de la fonction publique, 2014)

Les psychologues « territoriaux » (affiliés aux institutions locales sociales et de santé, extra-hospitalières), pour leur part,

contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives et collaborent aux projets de service ou d'établissement des régions, des départements et des communes par la mise en œuvre de leur démarche professionnelle propre, tant sur le plan individuel, familial qu'institutionnel, dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile et dans tout domaine à caractère social. (Assemblée nationale, 1992)

Bien qu'intégrée dans l'ensemble de leurs activités, la mission de prévention des psychologues est donc citée en premier dans ces deux fiches de postes, sous lesquelles on retrouve plus de la moitié des professionnels et professionnelles (on estime aujourd'hui à 35 000 le nombre de psychologues en exercice en France).

Deux principaux discours sur la prévention en santé mentale sont donc aujourd'hui médiatisés en France : un discours de santé publique reposant sur les textes de référence de l'OMS et mis en valeur par les agences de santé publique (Lamboy, 2005) et un discours critique de la prévention, utilisé par les professionnels et professionnelles du champ sanitaire, où la prévention est présentée comme un outil politique (Collectif pas de zéro de conduite, 2011).

Cette ambivalence doit faire l'objet d'un éclairage psychosocial portant sur les représentations sociales de la prévention chez les professionnels et professionnelles, pour pouvoir être dépassée.

En effet, si la littérature a donné lieu à de nombreuses recherches sur les représentations des maladies et sur leur impact sur les mesures de prévention, on ne peut toutefois trouver aujourd'hui, dans les principales bases de données (PsycInfo, Pubmed), d'informations relatives à la représentation de la prévention auprès des professionnels et professionnelles de santé ou du social. Vingt-neuf revues scientifiques internationales (selon une recherche conduite sur ces mêmes bases) ont un titre faisant explicitement référence au concept de prévention, mais aucune ne fait état d'une ligne éditoriale explicitement critique par rapport à ce concept. Une recherche menée sur PsycInfo à l'aide du terme *prevention* (au 20 novembre 2014) génère 21 157 résultats. Lorsqu'on combine cette recherche avec les mots-clés *social representations*, *attitudes*, *social schemas*, *widespread beliefs* ou *lay beliefs*, aucun article n'est identifié. Il est vraisemblable qu'il existe dans le champ du travail social certains articles portant sur la question du lien entre les professionnels et professionnelles et la prévention dont nous n'aurions pas eu connaissance, mais il reste remarquable que, dans le champ sanitaire, aucune réflexion n'ait à ce jour été menée avec une méthodologie adaptée.

La présente étude cherche donc à initier une réflexion sur le concept de prévention dans le champ de la santé mentale, en proposant un éclairage psychosocial pour répondre aux questions suivantes : quelles sont les représentations des psychologues par rapport à la notion de prévention? Et comment se représentent-ils leur fonction de professionnels et professionnelles de santé par rapport à cette question à la fois professionnelle et politique?

Selon Abric (2003),

Une représentation sociale est un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Socialement produite, elle est fortement marquée par des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe qui la véhicule. (p. 60)

Définir les représentations sociales des psychologues par rapport au concept de prévention dans le champ de la santé mentale peut contribuer à l'adaptation des politiques publiques, en s'enrichissant dans le même temps de leur point de vue et de leur expérience. Il s'agissait ici de l'objectif de cette recherche.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette recherche visait à identifier les représentations sociales de la prévention chez les professionnels et professionnelles de santé mentale ayant une mission légale de prévention (psychologues, assistants et assistantes de service social, éducatrices et éducateurs spécialisés, médecins psychiatres, médecins des services de protection maternelle et infantile).

Les résultats ici présentés concernent le sous-groupe des psychologues ayant participé à la recherche, l'objectif de cette étude étant de mettre plus spécifiquement en valeur les représentations sociales des psychologues par rapport à l'objet *prévention* en santé mentale.

Utilisant une méthode de recueil de données en ligne, l'investigation a été conduite du 28 mai au 28 juin 2010 via les réseaux d'associations professionnelles, des listes d'adresses électroniques de ces mêmes associations et les forums des principaux sites Internet professionnels. Il s'agissait donc d'un « échantillon de convenance », dont la représentativité ne peut être assurée en raison d'un biais d'autosélection, lié aux médias choisis pour recruter la population.

Le questionnaire électronique comprenait un questionnaire d'attitudes (Guimelli et Deschamps, 2000), un questionnaire de caractérisation (Abric, 2003; Vergès, 2001) et une question ouverte, qui fait l'objet de la présente étude. Les répondants et répondantes pouvaient enregistrer leurs réponses et les reprendre ultérieurement. Aucun mot de passe n'était exigé pour accéder au site de l'enquête. Un total de 1 252 répondants et répondantes ont contribué à la recherche. Parmi ceux-ci, 679 étaient des psychologues exerçant en France.

La question ouverte suivante leur a été proposée : « De manière générale, que pensez-vous de la prévention, en santé mentale? ». Par ailleurs, les participants et participantes devaient renseigner les variables suivantes : profession, âge, genre, sensibilisation préalable au concept de prévention, exercice d'actions préventives dans le cadre de leur activité. Dans l'échantillon de psychologues, 555 (81,7 %) ont répondu à cette question.

Afin de traiter une grande quantité de données de manière exhaustive, une analyse lexicale a été exécutée sur les réponses des psychologues portant sur la question ouverte, à l'aide du logiciel Alceste® (Reinert, 1987). Ces réponses ont été traitées globalement et selon les variables de sexe, d'âge, de formation et d'exercice professionnel de la prévention. Le choix de recourir à une analyse en deux temps, comprenant un temps automatisé, est justifié par l'intérêt porté à l'organisation des représentations sociales à travers une analyse lexicale. L'analyse thématique des champs lexicaux (second temps de l'analyse, où le chercheur est directement engagé) permet par la suite de révéler les catégories lexicales centrales pour la question de

recherche. Ce type d'analyse est davantage approprié pour de larges études portant sur les représentations sociales, permettant d'atteindre un niveau de spécificité que ne permettrait pas une analyse thématique classique (e.g., Paillé et Mucchielli, 2012).

Le logiciel Alceste® permet le traitement automatisé d'un discours donné en découpant le corpus de texte initial en « unité de contexte » (des fragments de texte de taille homogène) qui sont ensuite regroupées en « classes » par une procédure de « classification descendante hiérarchique ». Alceste® procède dans un deuxième temps à une « classification ascendante hiérarchique » dans les différentes classes précédemment isolées, afin de déterminer la proximité entre les mots caractéristiques de chacune des classes. Ce logiciel fait donc émerger les classes lexicales principales d'un discours, qui caractérisent des « mondes lexicaux » distincts, selon la fréquence d'apparition commune de certains mots (Kalampalikis, 2003). Le poids de chaque classe par rapport au corpus global, le χ^2 d'appartenance de chaque mot/terme à sa classe et la fréquence d'apparition de chaque terme dans la classe sont également analysés. L'analyse présente enfin les associations significatives de chaque classe lexicale avec les différentes variables indépendantes renseignées—ici, les classes d'âge, le genre, l'exercice (ou non) de la prévention et la formation reçue (ou non) en prévention.

L'analyse des réponses données à la question ouverte, permise par le logiciel Alceste®, a rendu possible l'identification des représentations sociales des répondants et répondantes par rapport à l'objet *prévention*.

RÉSULTATS

L'âge moyen global du sous-groupe des psychologues ayant répondu à la question ouverte était de 41,2 ans. L'échantillon était principalement féminin (86,3 %) et 38,4 % de l'échantillon déclarait avoir été sensibilisé au concept de prévention au cours des études, tandis que 70,6 % des répondants et répondantes déclarent y consacrer une part de leur activité professionnelle.

Classification descendante hiérarchique

De l'information globale contenue dans le corpus de l'ensemble des réponses des psychologues à la question ouverte, 54 % a pu être traitée dans l'analyse opérée automatiquement par Alceste®. Ce pourcentage correspond aux réponses homogènes centrales que le logiciel a pu organiser dans des catégories homogènes en leur sein et hétérogènes entre elles. Le reste du corpus correspondait à des champs lexicaux trop hétérogènes entre eux pour être rassemblés en catégories. Cette part du corpus a fait l'objet d'une classification descendante hiérarchique, présentée sur la figure 1. Cette classification a fait émerger quatre classes lexicales.

Le tableau 1 présente les items lexicaux caractéristiques de chacune des quatre classes du discours.

Typologie des classes et classifications ascendantes hiérarchiques

La classe 1, dans laquelle 44 % de l'information traitée a été reportée, rassemble les éléments en lien avec les objectifs de la prévention en santé mentale. Cette classe est caractéristique du discours des psychologues les plus jeunes (âge < 40 ans), du genre féminin, et des professionnels et professionnelles qui ne sont pas formés à l'exercice de la prévention. La classification ascendante hiérarchique (CAH) identifie quatre

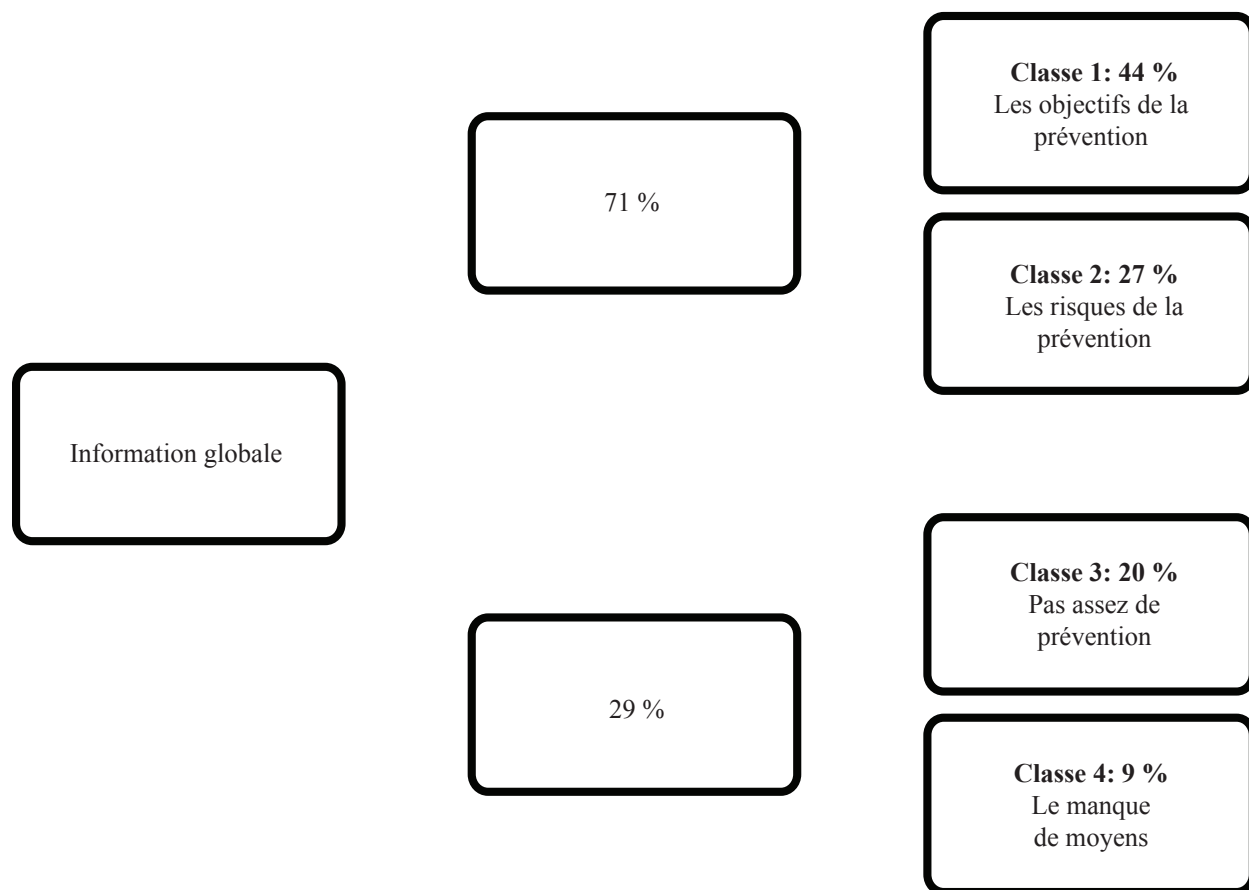
Figure 1**Classification descendante hiérarchique (en % de l'information traitée classée)**

Tableau 1
Résultats de l'analyse descendante hiérarchique

Thème de la classe	Traits lexicaux typiques de la classe
1. Les objectifs de la prévention	Permettre, personne, utile, troubler, pathologie, souffrant, éviter, société, charge, psychique, maladie, précoce, stigmatisation, but, prise, difficulté, lutter, prendre, évolutif, situation, indispensable
2. Les risques de la prévention	Terme, contrôler, sens, voir, aller, fait, bonne, penser, intéressant, cote, dérive, mauvais, intention, traiter, idée, trouver, normatif, santé, manière, expressif, profession
3. Pas assez de prévention	Suffisant, profession, développer, action, jeune, besoin, médecin, nombreux, travail, regard, appuyer, général, présent, violent, national, explicite, structure, psychologie, public, projet, âge
4. Manque de moyens	Budget, moyen, mot, personnel, manque, solution, institution, rester, psychiatrie, seul, temps, réaliser, année, ordre, hôpital, secteur, financier, faire, hospitalier, question, souffrir

sous-champs lexicaux au sein de cette classe lexicale. Nous présentons ici ces sous-champs lexicaux ainsi que des verbatim caractéristiques sélectionnés par l'équipe de recherche :

- La prévention, porteuse d'un sens social, est utile pour la famille, la société et les individus pour prévenir troubles et souffrances :
 Prévenir permet d'accompagner en amont des personnes en légère difficulté ou en souffrance, afin d'éviter que cela ne s'aggrave, ou de repérer des situations à risque et de protéger les personnes.
- La prévention est utile, voire indispensable :
 Elle est indispensable mais fait l'objet actuellement de visées politiques, normatives et stigmatisantes douteuses. Elle doit permettre de lutter contre les inégalités, en prenant les difficultés avant qu'elles ne s'enkystent, et doivent prendre en compte la globalité du sujet.
- La prévention, par la connaissance qu'elle permet, aide à lutter contre les pathologies mentales et les maladies stigmatisantes :
 Elle est essentielle pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de maladies mentales.
- La prise en charge est meilleure si elle est précoce, permettant par-là d'éviter des situations difficiles :
 Une prise en charge préventive et précoce des prémices d'une problématique est bien plus efficace que l'abord curatif une fois le trouble déclaré.

La classe 2 synthétise 27 % de l'information générale et rassemble des unités de contexte abordant le thème des risques de la prévention.

Cette classe est surtout constituée du discours des psychologues de plus de 39 ans et des psychologues qui intègrent les actions de prévention dans leur pratique. Les unités de contexte classées dans cette catégorie se subdivisent en quatre sous-classes et traitent, selon la CAH :

- du risque de contrôle social en lien avec une politique normative :
Elle serait nécessaire à mettre en place mais il existe un réel risque de contrôle social par classification précoce des comportements dits inadaptés.
- du fait que derrière le lexique de la prévention se cache un autre sens :
Mais prévenir qui, et pourquoi? C'est là-dessus que l'expression est floue. Les demandes d'aide semblent de plus en plus traitées sous l'angle du contrôle social.
- du fait que la prévention *pourrait* être une bonne chose et une idée intéressante dans d'autres conditions, mais que sa qualité dépend de sa mise en œuvre :
C'est une idée intéressante, mais elle n'est pas forcément mise en place de la bonne manière. Certaines mesures prises sont contestables.
- du fait qu'il existe des risques inhérent à l'aspect précoce de la prévention :
Prévenir = prédire et éviter. Donc, risque de critères de normalisation, recherches et contrôles au risque d'oublier le sujet et son désir.

La classe 3, qui représente 20 % du discours classé, réunit les éléments centrés sur l'idée d'un manque de prévention. Cette classe est principalement constituée du discours des psychologues les plus âgés (> 39 ans), qui ne sont pas formés à la prévention. La classification ascendante hiérarchique (CAH) identifie trois sous-champs lexicaux :

- Le premier fait référence à la nécessité de développer les actions de prévention dans le domaine du soin, notamment auprès de la population des jeunes patients et patientes :
Elle devrait être développée, en France, par la participation des psychologues à des actions visant à la prévention de la violence par la prise en compte des difficultés d'adaptation neurobio-psycho-sociale des enfants et leur accompagnement au sein même de l'école.
- Le deuxième sous-champ lexical isolé est construit autour de l'idée d'actions insuffisantes menées par les pouvoirs publics concernant la prévention :
Les faits d'actualité nous montrent l'intérêt de ce champ de prévention. De nombreuses initiatives sont menées localement mais elles doivent être fédérées et soutenues par une projet national et des décisions politiques éclairées
- Le troisième sous-champ met en avant l'idée de la prévention comme appartenant au champ professionnel des psychologues :
Domaine très important et relativement récent dans la pratique des professionnels de la santé mentale, besoin de spécialisation et de créativité pour accompagner les psychologues dans ce domaine et reconnaître leur champ de compétences spécifiques.

Enfin, la classe 4 rassemble 9 % de l'information générale. Elle aborde l'idée d'un manque de moyens pour les actions de prévention. Cette classe, homogène, est caractéristique du discours des psychologues de genre masculin et des psychologues qui n'intègrent pas d'actions de prévention dans leurs pratiques. La CAH identifie plus précisément :

- un champ lexical en lien avec l'idée d'actions à mener pour favoriser le décloisonnement :
Les équipes mobiles balbutient et ont peu de moyens humains et matériels, sont peu reconnus! Il faut créer des liens, des systèmes de prévention qui fonctionnent et qui se concertent entre toutes les institutions.
- un champ lexical proche abordant le manque de moyens alloués à la prévention :
Ces dernières années, il y a de moins en moins de budget accordés pour une VRAIE prévention!
La plupart du temps il s'agit plutôt de politique pour répondre à une crise du moment.

DISCUSSION

Cette recherche visait, à travers une enquête en ligne et après une analyse lexicale assistée par ordinateur, à mieux comprendre les représentations sociales de la prévention chez les psychologues français, dans un contexte culturel et politique où les enjeux des pratiques préventives deviennent partie prenante des missions des psychologues.

Cette enquête comporte toutes les limites d'une investigation en ligne, et notamment l'impossibilité de contrôler l'identité et les caractéristiques des répondants et répondantes, le biais d'autosélection et l'impossible représentativité des échantillons. Les enquêtes de cette nature n'autorisent pas de discours approfondi et notre étude a été menée sur les réponses apportées à une question ouverte, à laquelle il était demandé de répondre par écrit.

La classification descendante hiérarchique produite par Alceste® a mis en évidence deux axes lexicaux principaux, divisés chacun en deux sous-classes.

Le premier axe (classes 1 et 2) rassemble 71 % de l'information générale et réunit les éléments de discours concernant, d'une part, les objectifs et la nécessité de mettre en place des actions de prévention en santé mentale et, d'autre part, les risques que la prévention générerait. La première partie du discours, concernant les objectifs de la prévention, est principalement portée par les femmes, les psychologues les plus jeunes de l'échantillon (âge < 40 ans) et ceux qui ne sont pas formés à l'exercice de la prévention. Ce discours insiste sur l'utilité, voire le caractère indispensable, de la prévention pour l'individu, la famille et la société en général afin de prévenir de manière précoce les souffrances, les maladies, les stigmatisations et toute autre situation difficile pouvant découler d'une pathologie psychique. La prévention y est essentiellement vue comme secondaire, et intimement liée à la question des troubles psychiques et psychiatriques. Ce discours caractérise au final une perception globale positive du concept de prévention et de ce que des actions préventives mises en place précocement peuvent apporter pour l'individu et la population générale.

Le second volet de cet axe lexical, portant sur les risques de la prévention, est composé des réponses des psychologues les plus âgés de l'échantillon (âge > 39 ans) et de ceux n'intégrant pas d'actions de prévention dans leur pratique. Cette part du discours insiste sur les risques d'un détournement de la prévention au profit de politiques normatives et d'actions de contrôle social dès le plus jeune âge alors même que le fait de développer les actions de prévention pourrait être en soi positif et intéressant. Ce discours rend compte d'un regard plutôt critique sur l'usage de la prévention. La crainte de voir ces actions de prévention détournées au profit de politiques normatives de contrôle social peut constituer un frein à la mise en place d'actions préventives dans leur pratique. Ce positionnement fait écho aux craintes des psychologues déjà identifiées

concernant la peur du détournement de politiques préventives au profit de politiques de contrôle social, avec le risque de dérives hygiéniste et normative (Saïas et Daumerie, 2008; Saïas *et al.*, 2014). Cet axe met donc particulièrement en avant l'ambivalence des psychologues, tous âges confondus, par rapport à la mise en place d'actions de prévention perçues comme nécessaires, voire indispensables, mais potentiellement dangereuses.

Le second axe (classes 3 et 4) rassemble 29 % du discours total et réunit les éléments portant sur le manque d'actions de prévention et le manque de moyens alloués à celle-ci. Cette part du discours est principalement portée par les psychologues les plus âgés (âge > 39 ans), les psychologues qui ne sont pas formés à la prévention, les psychologues de genre masculin et les psychologues n'intégrant pas d'activités de prévention à leur pratique. Cet axe met en avant des représentations qui lient le concept de prévention au champ sanitaire et plus précisément au champ psychologique. Les actions de prévention sont vues comme étant « à développer ». Les actions de prévention et le budget alloué par les pouvoirs publics au champ de la prévention en général sont perçus comme étant insuffisants. Le positionnement des réponses relevant de ce second axe est, en termes d'attitude, plutôt positif par rapport au concept de prévention, mais cette position passe par le constat négatif du manque : manque d'actions et manque de moyens. Les répondants et répondantes semblent compter sur les pouvoirs publics pour rééquilibrer cet état de fait.

L'analyse des résultats des psychologues permet ainsi d'isoler différentes représentations. Si seulement 54 % du corpus de la question ouverte a pu être codé, soulignant la diversité des discours produits, c'est principalement celui des psychologues qui n'ont pas été formés et/ou qui n'intègrent pas d'actions de prévention dans leur pratique qui a été mis en avant par l'analyse du discours à l'aide du logiciel Alceste® (71 % du corpus classé étant classé dans le premier axe « descriptif/critique »). Les psychologues les plus âgés de l'échantillon semblent les plus critiques. S'ils évoquent le caractère intéressant et positif des actions de prévention, ils associent le concept de prévention à la notion de « risque ». Les pouvoirs publics sont par ailleurs critiqués, soit en raison de leur trop faible investissement en termes de développement d'actions ou de budgets alloués à la prévention, soit en raison de leur volonté dissimulée de détourner les actions de prévention mises en place à des fins de normalisation de la population. Les psychologues les plus jeunes de cet échantillon sont, quant à eux, plutôt positifs par rapport au concept de prévention dont ils soulignent le caractère indispensable et les retombées positives.

L'ambivalence retrouvée au sein de notre corpus de données qualitatives peut être en partie expliqué par la confusion observable au niveau des contenus évoqués par les participants et participantes. En effet, la description du concept de prévention est essentiellement liée aux enjeux de « santé mentale », caractérisant en réalité pour les professionnels et professionnelles les enjeux liés aux troubles psychiques ou aux troubles psychiatriques. La prévention, en action, serait *secondaire*, voire *tertiaire*, au sens de la classification de Gordon (1987). Au même temps, lorsque les professionnels et professionnelles évoquent le manque de ressources et l'ampleur des besoins populationnels pour ce qui relève de la prévention, en santé mentale, ils font essentiellement référence à des enjeux de prévention *primaire*. Il en est de même pour les menaces perçues des actions préventives. Lorsque les professionnels et professionnelles évoquent ces dernières, ils font davantage référence à des actions de prévention primaire, en population générale (et au risque de normalisation des conduites individuelles) qu'à des actions de prévention secondaire, portant sur les individus vulnérables.

Il existerait ainsi une méconnaissance du spectre des actions de prévention sur lesquelles pourraient porter les actions des psychologues. On pourrait fournir une explication à cette confusion par le caractère volontairement « flou » des concepts utilisés dans les consignes de notre étude (« prévention, en santé mentale »), mais ces concepts sont utilisés de la même manière dans les discours politiques et dans les différents plans ministériels recommandant le développement d'actions de *prévention primaire* (e.g. Ministère chargé de la santé, 2005, 2012; Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2008). Ces différentes recommandations parlent de *prévention*, de *promotion de la santé* ou de *promotion des compétences* (dans une visée préventive) et se heurteraient donc à une mécompréhension des professionnels et professionnelles, suscitant par ricochet au mieux de l'indifférence et au pire de l'hostilité.

De ce constat naissent deux questions, spécifiques aux psychologues : est-il nécessaire que ceux-ci participent à une réflexion collégiale sur la prévention (son développement, son implantation, son évaluation)? Et, le cas échéant, comment pourraient-ils le faire (promoteurs, acteurs critiques, ingénieurs de prévention . . .)?

Dans notre échantillon, 38 % des psychologues ont déclaré avoir reçu une formation *ad hoc* en prévention. Ce chiffre peut paraître faible—eu égard aux missions des psychologues hospitaliers et territoriaux citées plus haut—ou au contraire très élevé (surévalué), considérant qu'il n'existe en France qu'une seule maîtrise de psychologie avec une spécialisation en prévention (Université de Savoie).

Face à la multiplication des ambivalences et enjeux contradictoires, il semble que les psychologues français se trouvent aujourd'hui à un tournant de leur relation avec les pouvoirs publics. Ces derniers s'engagent de manière assez importante en faveur d'actions de prévention, dans le champ de la santé mentale. Les résultats de notre recherche montrent que les psychologues perçoivent, dans la mise en place de telles actions dans les politiques publiques, davantage de risques que de bénéfices potentiels. En majorité tournés vers le champ de la clinique psycho(patho)logique, ils ne sauraient constituer dans l'immédiat une force de travail formée et compétente pour assurer les missions de prévention prévues dans le développement de ces nouvelles recommandations publiques.

Les différentes expériences internationales nous montrent que les psychologues se retrouvent fréquemment, au même titre que des docteurs en médecine ou en sciences infirmières, à la tête de dispositifs de prévention visant soit la population générale, soit des populations « à risque ». L'engagement vers ces formes d'intervention a stimulé la recherche et l'enseignement et amorcé une dynamique d'éducation en prévention, qui n'est pourtant pas affranchie de réflexivité critique.

CONCLUSION

Quelles perspectives offrent les résultats de notre recherche, combinés à l'état de la situation autour de la prévention, pour les psychologues en France? En termes de résultats bruts, ils viennent confirmer, au-delà de la polysémie induite par le terme *prévention*, en santé mentale, qu'il existe plusieurs référentiels et plusieurs manières de faire de la prévention. Il semble par ailleurs évident que la formation universitaire actuelle n'est pas adaptée à la primauté de la mission de prévention telle qu'elle figure dans les dispositions réglementaires ordonnant la mission des psychologues hospitaliers et territoriaux. Enfin, on a pu observer que les représentations étaient teintées de méfiance chez certains professionnels et professionnelles.

Si l'on considère que les représentations sociales découlent des institutions, on peut également penser qu'elles les structurent. Parce que les professionnels et professionnelles ont des visions différentes de la prévention, celle-ci doit être considérée comme multiple. Aujourd'hui, le champ de la prévention, tel qu'il est documenté et publié, est quasi exclusivement l'apanage des institutions gouvernementales. La reconnaissance des autres formes de prévention (en clinique notamment) pourrait être une manière de raccrocher les champs de la prévention en population générale et en prévention tertiaire. Les institutions publiques devraient contribuer à élargir le champ de la prévention, pour aboutir à une culture partagée de ce champ. En reconnaissant les différentes manières d'agir en prévention, en outillant le cas échéant les professionnels et professionnelles et en ouvrant le débat sur les meilleures pratiques à l'œuvre dans le champ de la prévention, on contribuera à la fois à mieux intégrer les dimensions préventives dans les politiques locales et à augmenter le contenu en prévention dans les formations universitaires.

En ce qui concerne plus spécifiquement la prévention « universelle », en population générale, il conviendrait, dans les prochaines années, d'affiner la compréhension du rôle du psychologue dans les dispositifs actuels et émergents de prévention. Les pouvoirs publics pourront soit convenir de l'absence de formation en prévention dans les universités de psychologie et en promouvoir l'émergence, à l'instar de ce qui a été réalisé dans une université (sur 35). Ils pourront également remodeler les textes législatifs sur cette question, en prenant acte des compétences spécifiques des psychologues dans le champ de la clinique et non de la prévention. Ils pourront également choisir de modifier substantiellement les missions de prévention des psychologues (recommandation que nos résultats pourraient supporter), en ré-étalonnant ou supprimant lesdites missions des fiches de postes des psychologues français—et ainsi ouvrir le champ de la prévention à des acteurs spécialisés, éviter toute forme de confusion et poursuivre les changements institutionnels nécessaires, dans un contexte de modification des besoins des populations.

RÉFÉRENCES

- Abric, J.-C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. Dans J.-C. Abric (dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 59–80). Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.
- Assemblée nationale. (1992, 28 août). *Décret n°92-853 portant statut particulier du cadre d'emplois des psychologues territoriaux*. Paris, France : Auteur.
- Blanchet, L., Laurendeau, M., Paul, P. et Saucier, J. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques*. Paris, France : Éditions de minuit.
- Collectif pas de zéro de conduite. (2011). *Les enfants au carré : une prévention qui tourne pas rond*. Toulouse, France : Érès.
- Delawarde, C., Saías, T. et Briffault, X. (2014). The public health dogma of evidence-based mental disorders prevention and mental health promotion: French professionals' beliefs in regard to parenting programs. *Health Sociology Review*, 23(3), 166–177.
- Direction générale de l'administration et de la fonction publique. (2014). Psychologue. Dans *Répertoire interministériel des métiers de l'État*. Paris, France : Auteur. Récupéré de http://rime.fonction-publique.gouv.fr/bibliotheque/docs/12_Rime_ER%2010.pdf
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris, France : Odile Jacob.
- France. (2002). *Code de la santé publique, Nouvelle partie législative, Chapitre 7 : Prévention et éducation pour la santé*. Récupéré de <http://inpes.santepubliquefrance.fr/INPES/pdf/CSP7.pdf>
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. Dans J. A. Steinberg et M. M. Silverman (dir.), *Preventing mental disorders* (p. 20–26). Rockville, MD : Department of Health and Human Services.

- Guimelli, C. et Deschamps, J. C. (2000). Effets de contexte sur la production d'associations verbales : le cas des représentations sociales des Gitans. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2000/3-4 (n° 47-48), 44-54.
- Inspection générale des affaires sociales. (2013). *Évaluation de la politique de soutien à la parentalité : MAP-Volet 1*. Paris, France : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Inspection générale des affaires sociales.
- Kalampalikis, N. (2003). L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. Dans J.-C. Abric (dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 147-163). Ramonville-Saint-Agne, France : Érès.
- Kovess, V. (2009). *La santé mentale, l'affaire de tous*. Paris, France : Centre d'analyse stratégique.
- Lamboy, B. (2005). *La promotion/prévention en santé mentale en France : revue de littérature*. Présentation à la Promotion de la santé chez le jeune enfant, Mutuelle générale de l'Éducation nationale, Paris, France.
- Marmot, M. (2006). Tackling social factors to improve health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(4), 267-268.
- Ministère chargé de la santé. (2005). *Plan périnatalité 2005-2007*. Paris, France : Auteur.
- Ministère chargé de la santé. (2012). *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Paris, France : Auteur.
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (2008). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*. Paris, France : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, Suisse : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*. Genève, Suisse : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Genève, Suisse : Auteur.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Reinert, M. (1987). Un logiciel d'analyse lexicale (ALCESTE). *Cahiers analyse des données*, 4, 471-484.
- Saïas, T. et Daumerie, N. (2008). Prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique : quelle place pour les psychologues? *Fédérer*, 40, 5.
- Saïas, T. et Delawarde, C. (2013). The geometrical headache of French policies: Can vertical cultures be tilted horizontally? *Global Journal of Community Psychology Practice*, 4(2). Récupéré de <http://www.gjcpp.org/pdfs/saïas-v4i2-20130515.pdf>
- Saïas, T., Véron, L., Delawarde, C. et Briffault, X. (2014). Prevention in mental health: Social representations from French professionals. *Health Sociology Review*, 23(2), 159-164.
- Société française de santé publique. (2016). *Accompagnement à la parentalité, petite enfance et santé : faites connaître vos actions!* Laxou, France : Auteur.
- Vergès, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaire. *Revue française de sociologie*, 42(3), 537-561.