


**LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES
DE LA SANTÉ EN ALGÉRIE**
(Étude réalisée dans la ville de Constantine)

Mounia TENIOU, Doctorante,

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation,
Université de Constantine 2 (Algérie)

Résumé

Les représentations sociales sont une manière d'organiser notre connaissance de la réalité socialement construite. À l'interface du psychologique et du social, elles guident les pensées et les actes des individus vivant en société. La santé est selon l'Organisation Mondiale de la Santé « un état de complet bien-être organique, psychologique et social » et ne se limite pas à une absence de maladie. Elle est un élément essentiel à la vie de tout être humain, et constitue pour chacun un atout irremplaçable pour vivre pleinement sa vie individuelle et dans la société.

Notre étude a tenté de répondre à la question : comment les membres de notre société se représentent-ils la santé ? Et quels sont les facteurs qui influencent cette représentation ? Nous nous sommes limités à recueillir les idées et les images retrouvées dans les représentations des répondants. Pour cela nous avons réalisé une enquête d'opinion dans laquelle nous sommes basés sur la réalisation et la passation d'un questionnaire à choix de réponses

multiple auprès d'un échantillon de 100 personnes, et d'un entretien clinique de recherche avec trois répondants de l'échantillon. L'analyse des résultats démontre la primauté de la santé pour l'ensemble des répondants qui représente la chose la plus importante dans la vie pour eux. L'impact d'une hygiène de vie, de l'hygiène et l'apparition du stress comme facteur nocif pour la santé. L'importance du lien familial dans la préservation de la santé et le rôle de l'État pour promouvoir une santé pour tous les membres de la société.

Mots clés : représentations sociales, santé.

Abstract

Social representations are a way to organize our knowledge of the socially constructed reality. At the interface of psychological and social, they guide the thoughts and actions of individuals living in society. Health is according to the World Health Organization « a state of complete well-being organic, psychological and social » and is not limited to the absence of the disease. It is an essential element in the life of every human being, and is an invaluable asset for everyone to live their individual and social lives.

Our study attempted to answer the question : how members of our society do they represent health ? And what are the factors that influence these representations ? We limited ourselves to collect ideas and images found in the respondents' representations. For this we carried out an opinion survey in which we are based on the creation and execution of a multiple choice questionnaire responses from a sample of 100 people, and a clinical research interview with three respondents of the sample. Analysis of the results demonstrates the primacy of health for all respondents, it is the most important thing in life for them. The impact of a healthy lifestyle, hygiene and appearance of stress as harmful to the health factor. The importance of family ties in the preservation of health and the role of the state to promote health for all members of society.

Keywords : social representations, health.

Cet article est le compte rendu d'une recherche de magister, réalisée sous la direction du Pr. M. Merdaci.

INTRODUCTION

L'Algérie connaît depuis son indépendance un développement dans tous les domaines, en l'occurrence, dans le secteur sanitaire. Cependant, devant ces améliorations, les algériens adoptent différents comportements vis-à-vis de leur santé. Des comportements qui puisent souvent leurs origines dans la société qui les entoure : mémoire collective, idées en circulation, savoir profane et expérience individuelle marquent les croyances des personnes et leur manière de voir, de se représenter les phénomènes.

L'étude des représentations sociales de la santé dans notre société s'avère être une nécessité pour diverses raisons : elle permet de comprendre la manière dont les membres de cette société conçoivent la santé, comment ils la voient et ce qu'elle représente pour eux. Et ce, dans une perspective de compréhension et de description d'abord, de planification et de travail ensuite.

Le but de cette étude est de décrire, dans une population d'algériens, les représentations sociales de la santé : quelle définition donnent-ils à la santé, quelles sont les problèmes de santé qui les préoccupent ? Comment perçoivent-ils leur état de santé et quelles sont leurs demandes de santé ?

Une étude sur les représentations sociales de la santé dans la ville de Constantine apporterait probablement des éléments d'informations utiles à savoir, dans cette ville qui est considérée comme une importante fraction géographique du pays de par sa superficie et sa population, mais aussi de par son histoire millénaire qui lui vaut une richesse culturelle, et un lot de traditions et d'ordres sociaux implicites ou imposés aux membres de la société dans divers domaines, dont la relation au corps, à la santé et à la maladie.

A l'ombre de tous ces éléments, il serait utile de connaître à travers cette étude comment agissent ou interagissent les processus cognitifs, sociaux, psychiques, culturels et écologiques qui influent sur le système de représentations en Algérie, comment les personnes gèrent leur relation à la santé, à la maladie, quels rapports elles entretiennent avec les organismes de soins, et qu'est-

ce qu'elles entreprennent pour maintenir ou au contraire nuire à leur santé...

Revue de littérature

C'est dans un contexte cognitif que le concept de « représentation sociale » a d'abord été utilisé pour analyser les processus mentaux qui structurent nos perceptions et jugements. Ainsi, ce concept « renvoie à l'évocation mentale d'un objet, d'une personne, d'une situation, d'une idée, en l'absence même de cet objet, personne, situation, idée. Il s'agit d'une reconstruction du réel, d'une reproduction mentale (re-présenter) (M.P. Cazals-Ferré et P. Rossi, 1998).

Ensuite, ce fut le sociologue français Emile Durkheim qui évoqua la notion de représentations qu'il appelait « collectives ». « Il voulait souligner la spécificité de la pensée collective par rapport à la pensée individuelle » (C. Herzlich, 1972) à travers l'étude des religions et des mythes. Pour lui, « les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse... La société est une réalité sui generis ; elle a ses caractères propres qu'on ne retrouve pas, ou qu'on ne retrouvera pas sous la même forme, dans le reste de l'univers. Les représentations qui l'expriment ont donc un tout autre contenu que les représentations purement individuelles et l'on peut être assuré par avance que les premières ajoutent quelque chose aux secondes. » (E. Durkheim, 1991).

Puis, c'est à partir des années soixante-dix du siècle dernier que le concept de représentation sociale a connu un regain d'intérêt dans plusieurs sciences humaines : anthropologie, histoire, linguistique, psychologie sociale, psychanalyse, sociologie...

Et ce fut le psychosociologue français Serge Moscovici qui renoua avec ce terme, « Au seuil de l'étude de la représentation sociale de la psychanalyse, il était indispensable de discuter un concept retiré depuis environ un siècle de l'horizon des sciences sociales. Et de montrer qu'il s'agit d'abord d'une forme de connaissance

autonome qui obéit à bon nombre d'exigences propres à l'esprit humain lorsqu'il est confronté aux événements de son univers proche». (S. Moscovici, 1976).

Fisher en donne la définition suivante : « La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales » (G.N. Fisher, 2005).

Il apparaît à travers ces définitions que l'intérêt porté à l'étude des représentations sociales revient au fait qu'elles informent sur les différentes perceptions qu'ont les individus des divers objets de leur vie quotidienne ; mais aussi, car elles rendent compte d'une pensée ou d'une vision commune au sein d'un groupe d'individus, ou également des différences et contrastes entre groupes selon leurs identités et pratiques.

C'est ainsi que cette théorie des « représentations sociales » a été introduite dans le champ de la santé pour étudier différents objets : les représentations de la santé et de la maladie, le comportement de malade et de maladie, les comportements de santé, les conduites préventives... sont quelques-uns des principaux thèmes abordés à travers l'étude des « représentations sociales ».

Claudine Herzlich était la première à avoir abordé l'analyse de la représentation de la santé et de la maladie en 1969, en France. Et « Par-delà le savoir subjectif sur la santé et la maladie, elle examine le rôle de la représentation sociale dans la construction de la réalité sociale » (Uwe Flick, 1992).

Plusieurs auteurs ont porté leur intérêt sur ce domaine précis : Weinman et Figueiras (2010) disent que « de nombreux facteurs expliqueraient la variation dans les comportements de santé, parmi lesquels les facteurs situationnels (l'environnement, y compris le stress), dispositionnels (la personnalité) et socio-culturels, la majeure partie de la recherche en cours en psychologie de la santé étudie en premier lieu le rôle des croyances et des cognitions ».

D'après Fisher et Tarquinio (2006), les théories des représentations de la santé et de la maladie élaborent des cadres d'analyse d'origine cognitive ou sociocognitive qui vont rendre intelligible leur rapport à la santé ou à la maladie.

Pour eux, « le terme de représentation désigne les structures de connaissance stabilisées en mémoire à long terme. Il s'agit de conceptions que le sujet s'est construites ou qui lui ont été transmises et qui ne correspondent en rien aux connaissances scientifiques ou médicales ».

Pour Claudine Herzlich « Une interprétation collective complexe et continue, un discours de la société toute entière est nécessaire pour nous dire quel est le sens à attribuer à la maladie, à la santé, au corps et pour orienter notre rapport à eux » (Herzlich, 1992). Et après elle, un très grand nombre d'études a été mené par divers chercheurs à travers le monde, dans ce champ particulier qu'est les « représentations sociales » de la santé et de la maladie. Une piste encore vierge en Algérie sur laquelle nous nous sommes lancées durant cette étude.

Définition de la population d'étude :

L'étude concernait la population de la ville de Constantine. Nous avons choisi de travailler dans cette ville pour des raisons de proximité, de coût matériel et temporel. Mais aussi parce que c'est une des plus grandes villes de l'Algérie de par la densité de la population qui avoisine un million d'habitants (La wilaya compte une population de 913 338 habitants (Estimation 2007) avec une superficie totale de 2187 kilomètres carrés selon les estimations du ministère de l'intérieur algérien), et son inscription par les historiens comme ville millénaire, ce qui importe beaucoup pour les anthropologues et les ethnologues dans la construction de l'ensemble des caractères sociaux et culturels du groupe humain qui l'a construite et n'a cessé de s'élargir et de puiser dans diverses sources historiques et civilisationnelles qui sont passées par elle à travers le temps.

Il ne faut pas oublier aussi la présence d'importantes infrastructures de soins dans la wilaya : un centre hospitalo-universitaire, deux hôpitaux civils (Ali Mendjeli et El-khroub), un hôpital militaire et la présence de centres sanitaires de proximité dans la majorité des quartiers et communes, ce qui a aussi un rôle primordial dans le domaine de la prise en charge et la prévention de la santé au sein de la population.

La population concernée fera partie de la tranche d'âge des plus de 18 ans. Nous avons évité les moins de 18 ans qui sont, soit des enfants dont la représentation nécessite une étude spécifique, soit des adolescents dont le corps subit divers changements qui pourraient influencer leur représentation de la santé.

La population d'étude sera composée (selon les variables citées plus haut) d'hommes et de femmes, âgés de plus de 18 ans, de niveaux intellectuels et socio-économiques différents.

La méthode d'échantillonnage

Dans cette étude nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage non probabiliste pour plusieurs raisons : « difficulté d'accéder à une base de population complète, un temps limité, des ressources minimales » (Anger, 1997) pour pouvoir couvrir un échantillon représentatif de la population d'une wilaya qui compte un tel nombre d'habitants .

Nous avons ensuite procédé à un échantillonnage accidentel qui se trouvait le plus adéquat pour nous : « c'est le cas quand on ne peut pas recenser au départ la population visée » (Angers, 1997), et enfin un tri à l'aveuglette pour le procédé de tri non probabiliste qui « permet de choisir les premiers éléments qui se présentent, quels que soient leurs caractéristiques » (Angers, 1997).

Nous avons donc travaillé avec 100 personnes âgées de plus de 18 ans et habitant la commune de Constantine et trois autres communes de la wilaya, choisies par nous.

La méthodologie proposée :

Notre étude s'inscrit dans une démarche descriptive visant à décrire les représentations sociales de la santé. La santé se trouve être une importante priorité de l'État et nécessite un apport de la recherche dans diverses disciplines.

Techniques de la recherche :

Notre travail se propose d'adopter une approche quantitative utile dans ce genre d'études qui a besoin de recueillir de nombreux avis pour pouvoir arriver à une réponse à la question-problème et à l'objectif de la recherche.

Dans notre travail d'enquête, nous nous sommes basés sur la réalisation et la passation d'un questionnaire qui a couvert les différentes variables citées, il contenait seize questions fermées à choix de réponses multiple, et une réponse « autre » qui permet au répondant de formuler ses idées librement. Il se composait de trois principaux axes (les représentations de la santé ; la vie familiale, sociale et la santé ; et l'environnement et la santé), en plus des questions d'informations générales (âge, sexe, situation socio-économique...).

L'étude a été complétée par la réalisation d'un entretien clinique de recherche auprès de personnes ayant fait partie de l'échantillon, et qui s'est proposé de donner une approche qualitative à l'étude, mais aussi, pour obtenir des indications en rapport avec notre recherche.

Limites spatiales et temporelles de la recherche

La recherche s'est déroulée dans la wilaya de Constantine, et précisément au niveau de quatre communes qui sont : El Khroub, Hamma Bouziane, Ibn Ziad et Constantine avec plusieurs quartiers (Centre-ville, Djbel El Ouehch, Ziadia, Frères Abbas, Bellevue, Boussouf, Zouaghi).

La passation du questionnaire s'est déroulée durant le mois de Mai 2013, auprès de 100 personnes. Et après analyse, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Recueil des données

Les questionnaires, auto administrés, anonymes ont été distribués selon les cas soit dans des endroits publics, ou sur le lieu de travail ou d'habitat des enquêtés qui étaient informés de la nature de la recherche et avaient la volonté de participer à l'enquête. Il n'y a pas eu de refus de réponse.

Analyse des données et présentation des résultats

Présentation de l'échantillon

L'échantillon de cent personnes se présenta ainsi :

- 35% d'hommes et 65% de femmes
- 34% des personnes âgées de moins de 29 ans, 51% avaient entre 30 et 49 ans, 15% avaient plus de 50 ans.
- 41% d'entre eux étaient célibataires, 56% mariés, 2% divorcés et 1% veuf.
- 2% avaient un niveau scolaire primaire, 4% un niveau moyen, 30% secondaire et 64% un niveau universitaire.
- 7% d'entre eux étaient étudiants, 14% sans emploi, 5% ouvriers, 38% employés, 7% exerçaient une profession libérale, 3% avaient un commerce, 19% étaient cadres ou exerçaient une profession intellectuelle, et 5% étaient cadres supérieurs.
- 20% étaient sans revenu, 22% d'entre eux avaient un revenu de moins de 18000 DA, 42% avaient un revenu compris entre 18000 et 50000 DA, et 16% avaient un revenu supérieur à 50000 DA.
- 84% bénéficiaient d'une couverture sociale contre 16% qui n'en bénéficiaient pas.

Présentation des résultats du questionnaire

Une première analyse des réponses au questionnaire selon les pourcentages retrouvés nous indique plusieurs données :

D'abord, pour les personnes interrogées, la santé représente la chose la plus importante dans la vie, et qui se trouve au centre de leurs préoccupations. Elle suscite un intérêt particulier et une recherche de traitement et de préservation apparente chez la majorité des répondants.

Une autre représentation qui prédomine leurs réponses est l'hygiène de vie qui semble être pour eux un facteur déterminant de la préservation de la santé, ainsi qu'une bonne hygiène de l'habitat, du milieu environnant qui est aussi apparente chez eux.

Un autre point qui revient largement chez les répondants est leur préoccupation par le stress quotidien et le stress professionnel qui influent sur leur santé, ainsi que la peur de tomber malade avec les conséquences que cela pourrait avoir sur leur vie familiale, sociale et professionnelle.

La famille représente pour les personnes interrogées la première source d'informations, mais beaucoup plus de soutien matériel et surtout moral lors de la santé ou de la maladie.

La vie en société semble agir de manière négative sur la santé des répondants, et la vie conjugale est l'élément le plus fréquemment cité par eux quant à son influence sur la santé.

En plus de leurs moyens financiers, le panel des répondants croit que c'est à l'État qu'il incombe de prendre soin de la santé et des malades.

Une deuxième analyse concerne le tri croisé dont voici les principaux résultats :

En comparant les réponses des hommes aux différentes questions, nous constatons que 22% des hommes sont préoccupés par leur santé qui représente pour eux la chose la plus importante dans la vie, ils disent consulter et suivre les prescriptions médicales (30%

d'entre eux), et visent l'intérêt d'une hygiène de vie en accordant un premier intérêt à l'activité physique (28%).

Les bonnes relations conjugales apparaissent aussi comme facteur important qui influe sur la santé (21%), et ils craignent la précarité dans la maladie (21% également).

26% d'entre eux accordent un intérêt à l'hygiène de l'habitat et 25% croient en le rôle de l'État dans l'amélioration de la santé.

De même pour 45% des femmes, la santé représente la chose la plus importante dans la vie, consulter et suivre les prescriptions médicales reviennent chez 56% d'entre elles aussi, une hygiène de vie est importante pour préserver leur santé mais elle est prégnante chez elles par l'hygiène, un bon sommeil et une bonne alimentation (51%).

Le stress quotidien et le stress professionnel est marquant chez elles comparativement aux hommes (successivement 33% et 67%), elles sont aussi plus angoissées par la maladie et plus imprégnées par la vie familiale et son impact sur la santé (42 et 37%, 44% pour les bonnes relations conjugales).

Si l'on considère le facteur de l'âge des répondants aux différentes questions, on pourrait déduire que toutes les catégories d'âge considèrent que la santé est la chose la plus importante dans la vie.

Ce sont les catégories des 30-49 ans et des plus de 50 ans qui consultent le plus et suivent les prescriptions médicales (42% et 14%).

Pour les 29 ans et moins, c'est l'activité physique ainsi que l'hygiène qui favorisent une bonne santé (23%), bien manger et bien dormir prédomine chez les 30-49 ans (42%), alors que pour les plus de 50 ans, c'est l'hygiène qui prime (14%).

Tous présentent inquiétude et peur vis-à-vis de leur santé, et les 30-49 ans croient que c'est le fait d'être bien informé sur la santé qui la préserve, la famille et de bonnes relations conjugales aussi jouent un rôle important pour eux (37%) ; et avec les moins de 29 ans présentent une peur de la précarité (26 et 37%).

Ces deux catégories sont aussi concernées par le stress, et mettent en exergue le rôle de l'État dans la préservation de la santé (24 et 41%).

Les personnes mariées sont favorables aux relations familiales et aux bonnes relations conjugales quant à leur influence sur la santé (49%). Ils s'accordent avec les célibataires sur l'importance de l'hygiène, de l'activité physique pour la préservation de la santé (42% et 29%).

Ces deux catégories craignent aussi la précarité dans la maladie, le stress, et s'accordent sur le rôle de l'État vis-à-vis de la santé (entre 29 et 32% pour les personnes célibataires, et entre 41 et 44% pour les personnes mariées).

Si l'on venait à considérer les réponses selon le niveau scolaire des répondants, on pourrait constater que 55% des universitaires ont plus tendance que les répondants d'autres niveaux à croire que la santé est la chose la plus importante dans la vie et face à la maladie, ils consultent et suivent le traitement prescrit, ainsi que ceux de niveau secondaire.

Pour les comportements de santé les deux catégories croient en une hygiène de vie avec tous ses aspects (20 et 50%).

Les universitaires croient que c'est le fait d'être bien informé sur la santé qui la préserve, ainsi que la présence de sa famille autour de soi et de bonnes relations conjugales (45 et 18%). Aussi, avec les répondants de niveau secondaire, ils craignent la précarité dans la maladie (45 et 21%).

Les deux catégories citées parlent de l'hygiène comme facteur influant sur la santé, et croient en le rôle déterminant de l'État dans l'amélioration de la santé du citoyen (21% des répondants de niveau secondaire et 52% des universitaires).

En prenant en compte le revenu des répondants, on pourrait constater que c'est la catégorie dont le revenu varie entre 18000 et 50000 DA qui considère le plus la santé comme étant la chose la plus importante dans la vie (31%). C'est aussi celle qui cite le

stress quotidien comme sa principale préoccupation de santé, et le stress professionnel comme facteur influant sur la santé (19 et 32%).

Les comportements de santé diffèrent d'une section à l'autre, mais l'hygiène prime sur les réponses dans toutes les catégories, en plus de l'activité physique pour ceux dont le revenu se situe entre 18000 et 50000 DA (34%).

Pour la 2^{ème} et la 3^{ème} catégorie, la maladie inspire angoisse et panique et de bonnes relations conjugales influent sur la santé, la 3^{ème} croit que de bonnes relations conjugales influent sur la santé (43%).

Mise à part la dernière catégorie, les autres craignent une précarité dans la maladie. Tous croient en l'importance de l'hygiène pour la santé, en le rôle de l'État dans la préservation de la santé.

Conclusion des résultats du questionnaire

A partir des résultats cités plus haut, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Des indicateurs de tendance apparaissent à travers les différentes réponses des personnes interrogées : la santé représente pour toutes les catégories la chose la plus importante dans la vie, elle subit cependant l'influence négative du stress quotidien et du stress professionnel. Une hygiène de vie est nécessaire selon la majorité des avis pour maintenir un bon état de santé.

La précarité est l'élément partagé qui leur fait peur dans la maladie, la famille constitue leur première source d'information et de soutien, et les bonnes relations conjugales sont citées comme les relations sociales qui influent le plus sur la santé.

Pour le facteur environnemental, c'est l'hygiène qui constitue l'élément le plus cité influant sur la santé. Et l'État reste pour tous, le premier responsable dans la prise en charge et l'amélioration de la santé des citoyens.

Une grande importance est accordée donc à la santé au sein des familles ou de la société en général vu l'importance de cet élément dans la vie des personnes, et qui influe sur leur rôle familial et social. L'importance accordée à la personne malade et la solidité des liens familiaux apparaît lors de la maladie avec le soutien et l'aide apportés.

Le facteur « stress » est à l'ordre du jour, la nature de la vie menée par les citoyens et probablement l'influence de l'internet et des chaînes de télévision satellitaires fait que c'est un mal qui s'enracine de plus en plus dans la culture de notre société et dans son quotidien.

L'« hygiène » apparaît aussi comme un nouvel élément qui influe sur la santé et que les personnes considèrent de plus en plus après des décennies de négligence de par tous (citoyens et services communaux).

La société (à travers les personnes interrogées) pointe du doigt la responsabilité de l'Etat dans la prise en charge de leur santé comme pour la plupart de leurs soucis quotidiens.

Présentation des résultats des entretiens

Nous avons ensuite procédé à la réalisation de trois entretiens auprès de personnes faisant partie de l'échantillon initial, et entrepris une analyse du contenu de l'entretien afin de tirer les éléments significatifs du discours du répondant et pouvoir vérifier nos hypothèses.

Pour le premier entretien, et après l'analyse de contenu, il s'est avéré que l'interrogée révèle trois choses particulières : l'importance de la famille pour elle en premier lieu, sa peur de l'abandon, de se retrouver seule ou délaissée par sa famille, et l'importance pour elle de maintenir sa santé et les membres de son corps intacts car elle en a besoin pour travailler et maintenir son rôle que lui favorise un bon état de santé, ou du moins qui lui permet de s'atteler à son rôle et de l'assumer.

Ainsi donc, il apparaît dans ce discours une angoisse particulière chez la répondante vis-à-vis de son rôle et de la valeur même de sa personne. Elle présente des attentes mais qui restent incertaines (bien-être), et elle est toujours en quête d'un objet qu'est la santé qui est pour elle l'ultime solution afin de préserver son statut au sein de sa famille qui est sa première priorité.

Pour le deuxième entretien, le répondant développa ses préoccupations sur l'objet de la santé. Durant cet entretien, il apparaît chez lui un intérêt particulier pour la vie qui apparaît à travers un bon moral favorisant un élan vital. Une importance de la santé et de l'espoir sont prégnants par leur présence dans le discours d'une manière évidente.

A travers ce discours, il nous apparaît une personnalité positive, allant de l'avant, s'appuyant sur un fond optimiste et pour qui l'espoir et le moral sont un moteur pour la vie et pour sa continuité quelles que soient ses conditions.

Dans le troisième entretien également, nous constatons que les termes qui reviennent le plus concernent la santé et la maladie, ce qui explique que c'est là une préoccupation pour la personne entretenue. Elle parle aussi de la présence de la famille, des amis comme source de soutien et d'appui lors de la maladie, ce qui est aussi un facteur influant pour elle et pour la vie (citée aussi) qu'elle veut mener.

Discussion des résultats

A travers les résultats du questionnaire et des entretiens qui se sont avérées complémentaires pour l'ensemble de notre travail, et ont souligné des tendances semblables pour la construction des représentations sociales de la santé, nous pouvons déduire que :

- 1- Le facteur familial influe sur la construction des représentations sociales de la santé. Il apparaît à travers les résultats qui insistent la présence de la famille comme source d'information, de soutien dans la santé et la maladie.

- 2- Le facteur social influe sur la construction des représentations sociales de la santé, à travers les bonnes relations conjugales qui constituent « les relations sociales » influant le plus sur la santé, et les relations sociales d'une manière générale qui influent « mais de manière négative » sur la santé.
- 3- Le facteur environnemental participe à la construction des représentations sociales de la santé à travers « l'hygiène » citée par le panel des répondants comme facteur influant.
- 4- Les représentations sociales de la santé sont également dominées par certains éléments : importance franche de la santé dans la vie des personnes, l'apparition du terme « hygiène de vie » prôné par le corps médical depuis quelques années, la peur de la maladie et de ses conséquences : la précarité en l'occurrence ; et le stress comme élément influant considérablement sur la santé et sur la perception qu'ils s'en font.

CONCLUSION

L'intérêt de cette étude était de connaître quelles sont les représentations sociales de la santé et de connaître les facteurs qui influençaient leurs constructions.

Les résultats obtenus présentaient un éventail des idées et perceptions des personnes concernant leur santé.

Les idées principales concernaient l'importance de la santé pour les personnes, l'importance de leurs familles et de leurs conjoints pour eux et pour leur santé, le facteur « stress » qui prédomine chez eux, l'hygiène de vie qui apparaît dans leur discours, et l'important rôle de l'État pour leur santé.

L'objectif de ce travail n'était pas d'aboutir à ces résultats uniquement, mais de les connaître afin de les utiliser dans leur intérêt, connaître leurs besoins et pouvoir agir dans le sens qui les aiderait à avoir une meilleure qualité de vie, et un meilleur état de santé.

A travers les résultats obtenus, nous pouvons attirer l'attention sur certains points :

- Vu l'importance de la santé pour le citoyen, il y a lieu de faire ce qui est nécessaire afin d'améliorer l'état de santé des personnes.
- Accorder un intérêt particulier aux éléments qui constituent un cadre de vie respectable et hygiénique pour tous.
- Considérer sérieusement les raisons qui constituent « le stress » pour les citoyens et tenter de leur créer plus de confort et de ressources de bien-être, leur éviter l'empoisonnement social qui les étouffe.
- L'État doit assumer ses responsabilités vis-à-vis de la santé, et il est clair qu'en Algérie, beaucoup reste à faire dans ce domaine, le système de santé n'étant pas encore assez développé pour réaliser une prise en charge totale des malades.

BIBLIOGRAPHIE

- Angers M. (1997), *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Alger, Casbah Université.
- Cazals-Ferré M. et Rossi P. (1998), *Éléments de psychologie sociale*, Paris, Armand Colin.
- Durkheim E. (1991), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Le livre de poche.
- Figueiras M. J et Weinman J. (2002), « *La perception de la santé et de la maladie* », in *Traité de la psychologie de la santé*, Fisher G. N. (Dir.), Paris, Dunod [2010].
- Fisher, G. N. (2005) (3^{ème} éd), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod.
- Fisher G. N. et Tarquinio C. (2006), *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- Flick U. (1992), « *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Aperçu général et introduction* », in *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, sous la direction de Flick. U, Paris, L'Harmattan.
- Herzlich C. (1972), « *La représentation sociale* », in *Introduction à la psychologie sociale*, sous la direction de Moscovici S., Paris, Librairie Larousse.
- Herzlich C. (1992), « *Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social* », in *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, Flick U. (Dir.), op. cit.
- Moscovici S. (1976) (2^{ème} éd), *La psychanalyse : son image et son public*, Paris, PUF.

