

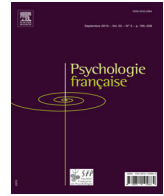


ELSEVIER

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Article original

L'espoir dans la maladie chronique : représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants

Hope in chronic diseases: Social representations of patients' and caregivers' hope

L. Robieux^{a,*,b,1}, F. Zenasni^{b,2}, C. Flahault^{a,3}, J.-L. Tavani^{b,c,4}

^a Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS EA 4057), institut universitaire Paris Descartes de psychologie, université Paris Descartes-Sorbonne Paris Cité, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^b Laboratoire adaptation travail individu (LATI EA 4469), institut universitaire Paris Descartes de psychologie, université Paris Descartes-Sorbonne Paris Cité, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^c Laboratoire parisien de psychologie sociale (LAPPS), université Paris 8 – Vincennes-Saint-Denis, 2, rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 2 septembre 2015

Accepté le 4 décembre 2016

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Espoir

R É S U M É

De récentes recherches ont mis en évidence des liens significatifs et positifs entre l'espoir des personnes atteintes de maladie chronique et leur qualité de vie. Dans la continuité de ces recherches, cette étude exploratoire vise à comprendre la structure et la nature de l'espoir des personnes atteintes de maladie chronique, selon l'approche des représentations sociales. Deux cent cinquante-trois

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : leo.robieux@gmail.com (L. Robieux).

¹ Principaux thèmes de recherche : psychologie de la santé, espoir, relation médecin-patient, empathie clinique, santé des soignants.

² Principaux thèmes de recherche : empathie clinique, créativité, intelligence émotionnelle, santé au travail, comportements organisationnels positifs.

³ Principaux thèmes de recherche : familles de patients atteints de pathologie, adolescents atteints de cancer et leurs proches, onco-génétique, éthique et déontologie en psychologie des maladies somatiques, évaluation des psychothérapies.

⁴ Principaux thèmes de recherche : mémoire collective, représentations sociales, identité sociale, santé au travail.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.003>

0033-2984/© 2016 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Robieux, L., et al. L'espoir dans la maladie chronique : représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants. *Psychol. fr.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.003>

Maladie chronique
Patients
Représentations sociales

individus ($M_{\text{âge}} = 37,51$ ans ; $ET = 16,95$; 68,80 % de femmes) ont participé à cette étude, répartis selon trois échantillons : patients, soignants et population générale. Les résultats mettent en évidence une représentation de l'espoir spécifique pour les patients. Par ailleurs, ils montrent que l'espoir est assimilable à un mécanisme d'adaptation utilisée par les personnes confrontées à une maladie chronique.

© 2016 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Hope
Chronic disease
Patient
Health care professionals
Social representations

Hope has a significant place in many literatures and most recently in health context. Nevertheless, there is still little research describing the distinct concepts and representations of hope in patients' population. Hope is defined as perceived capability to derive pathways to desired goals, and motivate oneself via agency thinking to use those pathways. The main objective of this study is to explore the representation of hope, in the context of chronic disease, for both patients and health providers. For that purpose, we conducted the present study considering the social representation approach. The sample consisted of 67 chronic disease patients (mean age = 51.13 years; $SD = 19.05$; 68.70% female), 83 health care professionals (mean age = 35.32 years; $SD = 11.49$; 74.70% female) and 103 individuals from the general population (mean age = 30.41 years; $SD = 13.85$; 64.10% female). They completed two free associations task: write "everything that comes into your mind when you think about hope", one in general and one in disease context. Free associations allowed us to identify shared conceptions of hope as well as intergroup variations in these representations. Associations with the word of hope produced by our respondents were depending on (a) the context (hope in disease or hope in general), and (b) the type of participant (patient, healthcare professionals or individuals from the general population). The results first indicate that hope, for all participants and whatever the context, refers to the beliefs of positive issues and perspectives. Moreover, dealing with a chronic disease seems to create, for the patients, a very specific representation of hope. It appears that when disease becomes serious and persistent, and when patients need to deal with uncertainty, hope is mainly described as a coping strategy, determined by specific objectives and resources.

© 2016 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Centrée sur le bien-être de l'individu, la psychologie de la santé cherche à comprendre les facteurs pouvant favoriser ou à l'inverse entraver l'ajustement des individus à la maladie. Il existe un intérêt grandissant pour les ressources psychologiques positives pouvant favoriser l'ajustement individuel (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000) et préserver voire améliorer la qualité de vie de l'individu (Lee Duckworth, Steen, & Seligman, 2005 ; Wong, 2011). Parmi ces ressources figure l'espoir. Même s'il fait l'objet de récentes recherches (Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014 ; Folkman, 2010), l'espoir demeure un construit encore très peu étudié dans le domaine de la santé bien qu'il puisse jouer un rôle bénéfique, tant pour les soignants que pour les patients.

Pour citer cet article : Robieux, L., et al. L'espoir dans la maladie chronique : représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants. *Psychol. fr.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.003>

Jusqu'alors, la plupart des travaux envisagent l'espoir comme une dimension individuelle (e.g. [Bernardo, 2010](#) ; [Snyder et al., 1991](#)). L'espoir est essentiellement étudié sous le prisme des différences intra- ou interindividuelles, notamment par une approche cognitive, sans prendre en compte les régulations sociales dont il peut faire l'objet.

Notre objectif est d'envisager l'espoir différemment en se centrant sur l'étude de sa construction sociale, en nous basant sur la théorie des représentations sociales ([Moscovici, 1961](#)). L'apport de cette théorie dans le champ de la santé a été régulièrement démontré ([Apostolidis & Dany, 2012a, 2012b](#) ; [Herzlich, 1969, 1984](#) ; [Tavani, Piermattéo, Collange, & Lo Monaco, 2014](#)). Nous chercherons à identifier les variations de cette construction liée aux positions sociales des individus.

1.1. *L'approche cognitive de l'espoir*

Snyder et ses collaborateurs ont développé une théorie cognitive de l'espoir qui est probablement à ce jour la plus utilisée et la mieux référencée ([Bernardo, 2010](#) ; [Rand & Cheavens, 2009](#)). Ils définissent l'espoir comme un ensemble de « pensées orientées » vers un futur positif. Dans cette perspective, l'espoir suppose des différences interindividuelles dans les capacités à s'adapter et à se projeter. Ces capacités supposent un prérequis : des objectifs perçus comme clairs et atteignables. Par ailleurs, toujours selon cette théorie, ces capacités reposent sur une dimension motivationnelle et une dimension opératoire ([Snyder, 1994, 2000, 2002](#) ; [Snyder et al., 1991](#)). La première dimension réfère à l'énergie, la confiance en soi et la volonté nécessaire aux individus pour atteindre leurs objectifs ([Snyder, 2002](#)). La seconde correspond aux façons avec lesquelles les individus élaborent et mettent en place les stratégies nécessaires pour atteindre leurs objectifs ([Snyder, 1999](#)). Ces deux dimensions constituent un processus influencé par les expériences passées et présentes. Ce même processus permet aux individus de s'adapter aux environnements fluctuants, tout en visant à limiter affects et pensées négatifs, liés par exemple à un obstacle ou un échec. L'espoir fait donc référence à des capacités individuelles d'ajustement et d'adaptation. Par exemple, dans le cadre de la théorie transactionnelle ([Lazarus & Folkman, 1984](#)), l'espoir favorise l'élaboration et l'utilisation de stratégies de coping essentiellement centrées sur l'émotion ([Berg, Snyder, & Hamilton, 2008](#)). De plus, selon [Folkman \(2010\)](#), les capacités d'adaptation permettent à l'espoir de se développer : un haut niveau d'ajustement favorise le développement de l'espoir.

Dans cette perspective, l'espoir peut être rapproché des concepts d'optimisme et de perspectives temporelles souvent citées dans le domaine de la santé ([Dany, Roussel, Laguette, Lagouanelle-Simeoni, & Apostolidis, 2016](#)). L'optimisme et l'espoir correspondent, tous deux, à des attentes positives à l'égard du futur. Cependant, la définition opératoire de l'espoir suppose une stratégie de contrôle sur le déroulement des événements et leurs issues, alors que l'optimisme se résume lui à la dimension motivationnelle ([Alarcon, Bowling, & Khazon, 2013](#) ; [Rand & Cheavens, 2009](#) ; [Snyder, 2002](#)). Les perspectives temporelles sont définies comme une construction psychologique du temps pouvant être définie comme la relation des individus avec le passé, le présent et le futur, une expérience subjective ([Dany et al., 2016](#)). Il semble donc y avoir une articulation possible entre la définition de la conception de l'espoir et les perspectives temporelles, articulation qui semble être importante dans le champ de la psychologie de la santé.

1.2. *Espoir et santé : le contexte de la maladie chronique*

La modélisation de l'espoir par Snyder et ses collaborateurs a été largement choisie dans le cadre des recherches empiriques. Ces recherches se sont majoritairement consacrées aux bénéfices de l'espoir dans différents domaines et notamment dans le domaine de la santé.

La maladie chronique est un état pathologique présent chez l'individu depuis au moins trois mois, et appelé à durer ([Perrin et al., 1993](#)). Il existe trois ensembles de maladies chroniques :

- celles ayant une forte prévalence (ex : asthme, cancer, diabète), ou entraînant un fort handicap (ex : sclérose en plaques) ;

- les maladies rares (e.g. : mucoviscidose), ou transmissibles persistantes (ex : virus de l'immunodéficience humaine) ;
- les troubles mentaux de longue durée.

Dans ce contexte, des études ont souligné les bénéfices thérapeutiques de l'espoir (Delas, Martin-Krumm, & Fenouillet, 2015) : notamment sur le bien-être physique et émotionnel, la qualité de vie, la résilience et l'observance (Snyder, 2000). Ainsi, l'espoir est une ressource psychologique importante pour les personnes atteintes de maladie chronique (Chen, Komaromy, & Valentine, 2015 ; Elliott & Olver, 2009), mais également pour les professionnels de soin (Nekolaichuk, Jevne, & Maguire, 1999). Par exemple, l'espoir encourage la guérison (Gottschalk, 1985), facilite l'adaptation (Elliott, Witty, Herrick, & Hoffman, 1991) et améliore la qualité de vie (Staats, 1991).

À ce jour, au-delà de l'impact bénéfique de l'espoir, la recherche tend à modéliser l'espoir dans le contexte spécifique de la maladie chronique. Différents déterminants individuels et situationnels ont été identifiés. Tout d'abord, des sources d'espoir à la fois internes (e.g. : trait de personnalité) et externes (e.g. : famille, pairs, Dieu) ont été mises en évidence (Bernardo, 2010 ; Duggleby et al., 2012). Ensuite, le contexte de maladie chronique influence l'intensité de l'espoir : au fil de la maladie et malgré l'entrée en phase palliative, l'espoir des patients est maintenu, voire majoré (Sanatani, Schreier, & Stitt, 2008). Cette ébauche de modélisation apparaît encore comme complexe, en partie car la maladie chronique bouscule les objectifs, les expériences et l'élaboration de stratégie de chacun (Kim, Kim, Schwartz-Barcott, & Zucker, 2006). Cette modélisation de l'espoir dans le domaine de la santé n'est pas encore aboutie. Le processus d'espoir pourrait être étudié notamment selon les perspectives temporelles caractérisant la façon dont les individus projettent, accèdent, évaluent, organisent les événements prenant place dans différentes zones temporelles (Lasane & O'Donnell, 2005, p. 12).

Sur la base de ces observations (Bryant & Harrison, 2015), nous avons choisi de travailler avec l'approche des représentations sociales pour mieux saisir l'espoir des personnes atteintes de maladies chroniques. Le choix de cette approche socio-représentationnelle est motivé par son originalité, son à-propos dans ce contexte et ses qualités descriptives. Tout d'abord, cette approche se réfère à la pensée ordinaire et au sens commun (Rouquette, 1973, 1998, 2009). Or, l'espoir est un objet de la pensée quotidienne et sociale, et pourtant cette approche n'a encore jamais été choisie pour étudier l'espoir. Ensuite, différentes études démontrent l'apport de la théorie des représentations sociales en psychologie de la santé (Apostolidis & Dany, 2012a). Ce choix permettra l'acquisition de données essentielles à la compréhension du processus et à sa considération dans les soins. Enfin, l'approche socio-représentationnelle fournit un corpus théorique et méthodologique rigoureux. Elle met en évidence les processus psychologiques et sociaux (Jodelet, 1984) et étudie l'articulation entre systèmes de pensée, de comportement et relationnel (Abric, 1994), ce qui permet un point de vue exhaustif sur un phénomène.

1.3. L'approche socio-représentationnelle

Les représentations sociales (RS) sont des formes de connaissances, des croyances, socialement élaborées et socialement partagées portant sur un, ou plusieurs, objet de la réalité sociale des individus et des groupes (Jodelet, 1989). Elles s'inscrivent alors dans une approche cognitive en psychologie sociale visant à étudier la façon dont les individus pensent et accordent du sens à leur environnement. Une des spécificités de cette théorie est d'accorder plus d'importance à la réalité subjective qu'à la réalité objective (Thomas, 1905). En ce sens, les RS vont servir de grille de lecture de la réalité en lui accordant du sens (Moliner, 1992). En effet, pour cette théorie, la réalité existe et n'a un impact sur le quotidien des individus et des groupes que parce qu'elle est représentée. Ces représentations placent ainsi, au centre, la relation entre un individu, membre d'un groupe, et l'objet de représentation. Cette relation faisant l'objet d'une régulation sociale.

Au-delà de cette fonction, les RS vont également avoir une fonction identitaire, une fonction de justification des prises de position et des comportements, et enfin une fonction d'orientation des pratiques et des comportements (Abric, 1994). Elles vont notamment définir les actions à prescrire ou à proscrire (Flament, 1994). La relation entre représentations sociales et pratiques n'est pas unilatérale, les pratiques peuvent également influencer les représentations, en modifiant leurs contenus

et structures (e.g. Guimelli, 1989 ; Guimelli & Jacobi, 1990). Par exemple, lorsqu'il est question de la représentation sociale du vin, les champs représentationnels sont différents selon que le sujet en consomme ou non : les non-consommateurs évoquent davantage le terme d'« alcoolisme » alors que les consommateurs évoquent davantage celui de « fête » (Lo Monaco & Guimelli, 2008).

Dans cette perspective exploratoire, nous nous attendons à ce que la représentation sociale de l'espoir soit influencée par des variables individuelles liées à la position sociale de l'individu. En effet, « être malade » ne renvoie pas uniquement à une affection biologique, mais aussi à l'identité et aux relations sociales (Herzlich, 1986). Or, les représentations sociales peuvent être considérées comme des systèmes sociocognitifs générant des prises de position selon la position sociale des individus dans les relations intergroupes (Clémence, Doise, & Lorenzi-Cioldi, 1994 ; Doise, 1985, 1989). En effet, les représentations sociales interviennent dans toute interaction sociale à travers les attentes, les jugements et les connaissances (Palmonari & Doise, 1986). Elles sont le versant cognitif de toutes communications et échanges sociaux (Rouquette, 1998). Dans le cadre de la maladie chronique, les interactions entre les patients et les soignants sont particulièrement importantes. Ainsi, il est intéressant d'identifier les recouvrements ou spécificités entre les champs représentationnels selon les individus, dans cette perspective de communication en santé. Les interactions, et notamment la communication verbale, seront plus difficiles si les interlocuteurs n'ont pas les mêmes représentations de l'objet.

En ce sens, pour définir l'espoir des personnes atteintes de maladies chroniques, il est nécessaire d'identifier le champ représentationnel de l'espoir selon différentes pratiques et relations avec l'objet, soit selon différentes populations (personnes non malades) et contextes (général et dans la maladie). Les exigences du terrain ne nous ayant pas permis de déployer des protocoles expérimentaux robustes, ici le lien entre pratique et représentation ne pourra pas être étudié sous l'angle de la causalité.

Nous nous attendons à ce que (a) la représentation sociale de l'espoir dans la maladie soit différente de celle de l'espoir général et (b) que la représentation sociale de l'espoir des patients diffère de celle des populations soignante et tout-venant. Concrètement, l'approche socio-représentationnelle devrait permettre d'étayer les conceptions de l'espoir dans la maladie chronique et indirectement en santé.

2. Méthode

2.1. Participants

Au total, 253 personnes, âgées de 18 à 83 ans, ont participé volontairement à cette recherche ($M_{\text{âge}} = 37,51$ ans ; $ET = 16,95$; 68,80 % de femmes). Les participants sont répartis selon trois échantillons indépendants : (1) patients, (2) soignants et (3) tout-venant.

L'échantillon de patients est composé de 67 personnes atteintes de maladies chroniques ($M_{\text{âge}} = 51,13$ ans ; $ET = 19,05$; 68,70 % de femmes). Les personnes étaient prises en charge pour différentes pathologies chroniques, telles que le cancer (30 %, les premières atteintes étaient colorectales, digestives, pulmonaires ou urologiques), des maladies neurologiques (21 %), le diabète (20 %), l'asthme (12 %), le virus de l'immunodéficience humaine (9 %) et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (8 %).

Concernant la population soignante, 83 personnes ($M_{\text{âge}} = 35,32$ ans ; $ET = 11,49$; 74,70 % de femmes) ont accepté de prendre part à cette recherche. Différentes professions sont représentées dans cet échantillon : infirmières (49 %), aide-soignantes (26 %) et médecins (25 %). Le critère de non-inclusion s'appliquant au personnel soignant était un diagnostic de maladie chronique.

Les participants soignants et patients ont été recrutés dans différents services hospitaliers de la région parisienne : urologie du groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon (Paris), endocrinologie, maladies infectieuses et neurologie de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis), gastro-entérologie et chirurgie viscérale de l'hôpital Lariboisière (Paris), et endocrinologie et pneumologie de l'hôpital Robert-Ballanger (Aulnay-sous-Bois).

Nous avons également recruté 103 individus tout-venant ($M_{\text{âge}} = 30,41$ ans ; $ET = 13,85$; 64,10 % de femmes). Les critères de non-inclusion pour cette population sont : diagnostic d'un trouble

psychiatrique ; diagnostic de maladie chronique ; exercer en tant que professionnel de santé. Ils ont été recrutés à travers différents réseaux sociaux en utilisant une technique proche de celle de la boule de neige (Goodman, 1961).

Quelle que soit la population, ont été exclues les personnes ne comprenant ou ne lisant pas le français, présentant des troubles psychiatriques majeurs ou étant âgées de moins de 18 ans.

2.2. Procédure

Chaque participant a été rencontré individuellement par un membre de l'équipe de recherche. L'étude était alors expliquée au participant et leur consentement éclairé recueilli. Par la suite, les participants ont réalisé individuellement les deux tâches d'association libre.

2.3. Matériel

Afin d'étudier les représentations sociales de l'espoir, nous avons utilisé une tâche d'association libre (Bonnec, Roussiau, & Vergès, 2002 ; Vergès, 1992, 1994), technique valide et régulièrement utilisée dans le cadre des représentations sociales (e.g. Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015 ; Lo Monaco et al., 2009 ; Lo Monaco, Piermattéo, Rateau, & Tavani, 2017 ; Mouret, Lo Monaco, Urdapilleta, & Parr, 2013 ; Pena Pena, Urdapilleta, Tavani, Pruzina, & Verhiac, 2016 ; Piermattéo, Lo Monaco, Moreau, Girandola, & Tavani, 2014 ; Tavani, Zenasni, & Pereira-fradin, 2009). Les participants ont ainsi réalisé deux tâches : l'une correspondant à l'espoir dans un contexte général et une seconde correspondant à l'espoir dans un contexte de maladie. Les consignes proposées aux participants étaient « Actuellement, lorsque vous pensez à l'espoir, quels sont les trois termes qui vous viennent spontanément à l'esprit ? » ou « lorsque vous pensez à l'espoir dans la maladie ». L'ordre de présentation des inducteurs était contrebalancé. Chaque participant devait produire 3 mots, pour chacun des inducteurs (espoir et espoir dans la maladie) (Flament & Rouquette, 2003, p. 83). Cela donne lieu à deux corpus (maladie et général) se composant eux-mêmes de trois sous-corpus, correspondant aux trois échantillons (patient, soignant et tout-venant). À la suite des tâches d'associations libres, les participants renseignaient différentes informations sociodémographiques (âge, sexe), relatives à leur pathologie (pour les patients), ou relatives à leur profession (pour les soignants).

Les corpus composés de 759 productions chacun ont été, par la suite, lemmatisés en suivant les propositions réalisées par Di Giacomo (1980). Pour cette étape, deux chercheurs ont travaillé indépendamment à homogénéiser les corpus en regroupant les mots proches grammaticalement et sémantiquement. Par exemple, *aimer* et *amour* ont été considérés comme deux occurrences d'*amour*, et *infirmière* et *aide-soignante* ont été regroupées sous la même entité de *soignant*. Les résultats des deux juges ont, par la suite, été comparés, seuls les regroupements consensuels ont été retenus.

3. Résultats

La proportion d'homme et de femme dans chacun des deux corpus ne diffère pas significativement ($\chi^2(2, n=253)=2,415 ; p=0,299$). L'effet du genre ne sera donc pas discuté dans la suite des analyses. En revanche, la répartition des participants dans les populations diffère selon l'âge ($F(1,2)=41,44 ; p<0,001$). Les participants patients ($M_{\text{âge}}=51,13 ; ET=19,05$) sont plus âgés que les soignants ($M_{\text{âge}}=35,32 ; ET=11,49$; post-hoc LSD de Fisher $p<0,001$) et les tout-venant ($M_{\text{âge}}=30,41 ; ET=13,85$; post-hoc LSD de Fisher $p<0,001$). De plus, les soignants diffèrent significativement des tout-venant (post-hoc LSD de Fisher $p=0,025$). Nous reviendrons sur ce dernier point en discussion.

La répartition des types de réponses (nombre de réponses associatives différentes) et des hapax (réponses associatives n'apparaissant qu'une fois) par corpus est présentée dans le [Tableau 1](#).

La répartition des hapax (éléments dont la fréquence est égale à 1) et celle des types de réponses ne diffèrent significativement pas en fonction des corpus (respectivement, $\chi^2(1, n=426)=1,88 ; p=0,17$ et $\chi^2(1, n=1518)=1,88 ; p=0,17$).

La répartition des termes selon les sous-corpus a d'abord été étudiée grâce à une méthodologie permettant de déterminer les similitudes existantes entre les différents corpus correspondant aux croisements entre, d'une part, les inducteurs et, d'autre part, les groupes (Di Giacomo, 1980,

Tableau 1

Répartition des différents types de réponses et des hapax pour chaque corpus.

	Général	Maladie
Type de réponse	22529,64 %	20126,48 %
Hapax	12856,89 %	10150,25 %

1986). La première étape correspond au calcul d'indices de similitude entre les sous-corpus, indices d'Ellegard ($r^n = \frac{n_c}{\sqrt{(n_1 \times n_2)}}$ ⁵). La matrice de similitude entre les différents sous-corpus est présentée dans le [Tableau 2](#).

Tableau 2Matrice des indices de similitude r^n entre les différents corpus.

Mesure	1	2	3	4	5	6
1. Patients-espoir en général						
2. Soignants-espoir en général	.43	–				
3. Tout-venant-espoir en général	.43	.49	–			
4. Patients-espoir dans la maladie	.44	.39	.34	–		
5. Soignants-espoir dans la maladie	.36	.45	.35	.43	–	
6. Tout-venant-espoir dans la maladie	.39	.41	.51	.42	.44	–

L'indice d'Ellegard varie entre 0 et 1. Cet indice s'interprète en termes de similitude : « plus il est élevé plus les mesures sont semblables ». Ici, plus l'indice d'Ellegard est élevé plus les corpus sont semblables.

L'étape suivante consiste en une classification des indices de similitude à l'aide de la méthodologie développée par [Johnson \(1967\)](#) et se rapprochant d'une classification ascendante hiérarchique, facilite l'interprétation de la matrice de similitude. Cette analyse classificatoire permet de définir la structure et la proximité entre les sous-corpus grâce à un diagramme de type arbre ou dendrogramme. Les classes sont formées selon les indices de similitude entre les sous-corpus (cf. [Tableau 2](#)). Ainsi, les sous-corpus les plus proches, soit ceux disposant de l'indice de similitude le plus élevé, sont fusionnés de sorte à former une seule classe. Ici, la première classe est constituée des deux sous-corpus « Tout-venant » (3. et 6.) puisque $r^n = 0,51$. Ensuite, pour définir l'indice de similitude entre cette nouvelle classe et les autres sous-corpus, on conserve l'indice le plus élevé entre l'un des membres de la classe et les autres groupes. Par exemple, l'indice de similitude entre la première classe (sous-corpus 3 et 6) et le sous-corpus 2 « soignant-espoir en général » a pour valeur .49, soit celle de l'indice entre les sous-corpus 2 et 3 qui est supérieure à celui entre 2 et 6 ($r^n = 0,41$). Ces regroupements sont répétés jusqu'à obtenir une seule classe. Cette méthodologie permet d'obtenir un dendrogramme présenté sur la [Fig. 1](#).

La première classe est formée des réponses associatives des tout-venant à l'espoir en général et à l'espoir dans la maladie. La seconde classe est constituée de la première et des réponses associatives des soignants à l'espoir en général. Ensuite, la troisième classe complète les regroupements précédents avec les associatives des soignants à l'espoir dans la maladie. La quatrième classe est, quant à elle, formée des réponses associatives des patients à l'espoir en général et à l'espoir dans la maladie. Enfin, la cinquième classe, constituée de l'ensemble des groupes, rassemble la troisième et la quatrième classe. Cette première analyse rend compte de plus grandes similitudes au sein des populations en comparaison au contexte, général ou dans la maladie.

Par la suite, nous avons réalisé une analyse factorielle des correspondances (cf. [Deschamps, 2003](#)), pour ce faire nous avons conservé les types de réponses ayant une fréquence égale ou supérieure à 10 soit 32 types de réponses au total (13 pour l'espoir dans la maladie et 19 pour l'espoir général). L'analyse a ensuite porté sur un tableau de contingence représentant en ligne les types de réponses pour chaque corpus et en colonne les différentes modalités de notre variable indépendante (soignant, tout-venant, et patient) par corpus. Le nombre de facteurs retenus est défini selon le critère de pourcentage de variance expliquée. L'analyse factorielle des correspondances met en évidence deux facteurs

⁵ n_c : nombre de mots communs aux deux corpus ; n_1 : nombre de mots du 1^{er} corpus ; n_2 : nombre de mots du 2^e corpus.

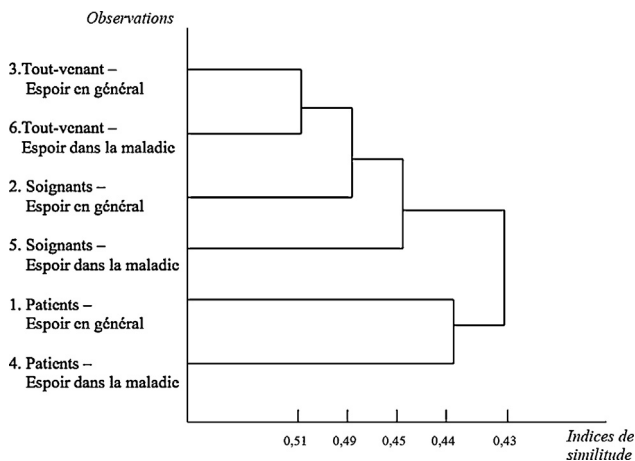


Fig. 1. Arbre des similitudes.

qui expliquent 73,46 % de l'inertie du tableau (Facteur 1 = 57,39 % ; Facteur 2 = 16,07 %) (cf. Fig. 2). Seuls les modalités des variables et les types de réponses contribuant à la construction des facteurs ont été conservés⁶. Ainsi, les modalités des variables qui contribuent à la construction du facteur 1 sont « soignants–espoir général », « tout-venant–espoir général », « tout-venant–espoir maladie », « patients–espoir maladie » : CPF (soignants–espoir général)=0,21 + CPF (tout-venant–espoir général)=0,27 + CPF (tout-venant–espoir maladie)=0,14 + CPF (patients–espoir maladie)=0,16, soit une contribution totale de 78 % à la formation du facteur 1. Le facteur 2 est construit par les modalités des variables suivantes « tout-venant–espoir général » et « patients–espoir général » : CPF (tout-venant–espoir général)=0,14 + CPF (patients–espoir général)=0,59, soit une contribution totale de 73 %.

Le premier facteur oppose les deux contextes situationnels de l'espoir, soit en général et dans la maladie (cf. Fig. 2). Dans un contexte général, l'espoir est associé aux termes *futur*, *projet* et *réussite* ainsi que *santé* et *vie*. Ces termes renvoient à l'idée de prise de perspective, d'anticipation ainsi que de préserver une certaine qualité de vie. De plus, les termes *optimisme*, *bonheur* et *joie* décrivent l'espoir en général. Cette description d'un état d'esprit positif est très proche de la conception de la psychologie positive dont l'espoir est un des principaux concepts. Enfin, les participants tendent également à associer l'espoir dans un contexte général aux termes *enfant* et *amour*. La notion de partage avec autrui semble souligner l'importance du soutien social tant en termes de ressource que d'objet de l'espoir.

Les participants caractérisent l'espoir dans la maladie avec les termes *longévité*, *guérison* et *rémission*. L'objectivation d'un « mieux-être » est donc soulignée. Les termes *avancée médicale* et *prise en charge* suggèrent, quant à eux, une stratégie centrée sur le problème, la pathologie, nécessaire pour atteindre les objectifs déterminés.

Sur le deuxième facteur, les patients se trouvent opposés aux populations soignante et générale. D'une part, les patients caractérisent l'espoir en termes d'*optimisme* et de *bonheur* suggérant ainsi l'esprit positif associé à l'espoir. *Enfant* et *amour* sont également associés par les patients à l'espoir ce qui appuie l'importance du lien social dans le vécu d'une pathologie chronique. Enfin, cette population décrit l'espoir par la *réussite*, la *longévité*, la *santé* et l'*avancée médicale*. Ces éléments correspondent aux objectifs élaborés par cette population spécifique de malades chroniques, l'objectif d'un mieux-être, ou d'une qualité de vie préservée, d'une vie qui perdure, et ce grâce à la réussite des traitements

⁶ Par construction, la somme des contributions par facteur des modalités des variables ou des types de réponse étant égale à 1. Nous avons conservé les modalités ou les types dont la contribution par facteur était supérieure à la contribution moyenne (soit 1/6 = 0.17 pour les modalités des variables et 1/32 = 0.03 pour les types de réponses, cf. Deschamps, 2003).

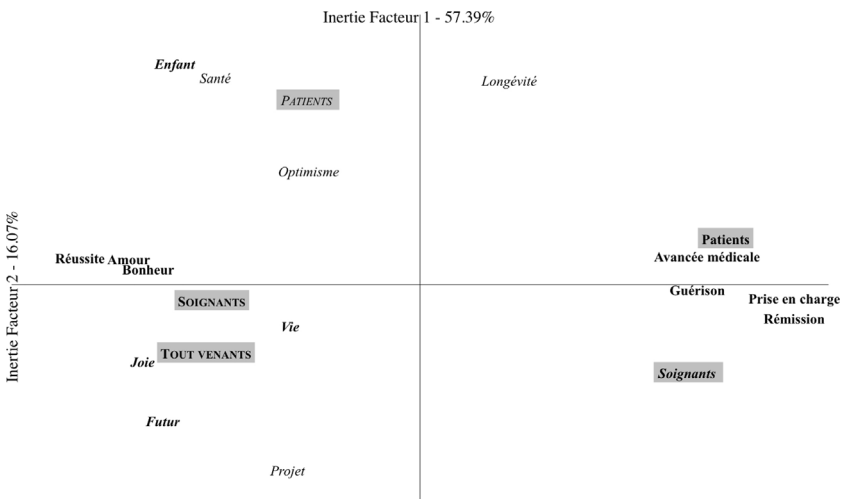


Fig. 2. Représentation graphique des résultats de l'analyse factorielle des correspondances prenant en compte le facteur 1 et le facteur 2. Les blocs grisés correspondent aux différentes populations. « Population » correspond à la population avec l'induction « espoir en général », « Population » correspond à la population avec l'induction « espoir dans la maladie ». « Population » correspond aux contributions au Facteur 1 ; « Population » correspond aux contributions au Facteur 2 ; « Observations » correspond aux réponses contribuant au Facteur 1 ; « Observations » correspond aux réponses contribuant au Facteur 2.

Pour citer cet article : Robieux, L., et al. L'espoir dans la maladie chronique : représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants. *Psychol. fr.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.003>

ou l'avancée médicale. D'autre part, les populations tout-venant et soignante partagent une représentation sociale de l'espoir marquée par les termes *vie, joie, futur, projet, guérison, prise en charge* et *rémission*. Tout d'abord, ces participants soulignent l'anticipation en caractérisant l'espoir. Effectivement, les termes *futur* et *projet* suggèrent de penser l'espoir en tant que projection dans l'avenir. Ensuite, ces populations confient à l'espoir un objectif : celui d'un mieux-être par l'absence de maladie temporaire ou permanente, identifié par les termes *guérison* et *rémission*. Finalement, l'espoir semble relié par les tout-venant et soignants à la *prise en charge*, cela semble se référer aux stratégies/moyens nécessaires à l'espoir même si pour les uns cela correspond à leur identité professionnelle.

Les données montrent que, malgré un certain contexte négatif de maladie, les différents participants ont majoritairement associé à l'espoir des termes à connotation positive.

4. Discussion

Cette étude avait pour objectif d'étudier (a) les représentations sociales de l'espoir dans la maladie chronique et (b) d'examiner si ces représentations diffèrent en fonction de la population étudiée.

Concernant notre premier objectif, nous pouvons d'abord noter que les termes associés à l'espoir ont souvent une connotation positive, et ce même dans la maladie : e.g. *vie, avancée médicale*, ou encore *joie*. Ceci renvoie à la définition même de l'espoir, en tant qu'attentes positives à l'égard du futur (Elliott et al., 1991 ; Rand & Cheavens, 2009). La connotation positive des termes associés à l'espoir peut également illustrer la nature émotionnelle attribuée à l'espoir (e.g. Aspinwall & Leaf, 2002 ; Scioli, Ricci, Nguyen, & Scioli, 2011). Pourtant, cette nature est relayée au second rang dans la théorie de l'espoir (cf. supra, Snyder, 2002), qui s'inscrit dans une conceptualisation plus centrée autour des aspects cognitifs. Ensuite, les résultats de l'analyse factorielle mettent en évidence que le champ représentationnel diffère selon le contexte/l'inducteur des productions, soit l'espoir en général ou l'espoir dans la maladie. En effet, l'axe 1 oppose des termes spécifiques à la maladie (e.g. *guérison, rémission, prise en charge, avancée médicale*) à des termes généraux (e.g. *réussite, amour, bonheur, vie, joie, futur*). Ceci témoigne d'une spécification du champ représentationnel de l'espoir dans la maladie. La confrontation à la maladie confère à l'espoir des attributs différents de ceux attribués en général. Ces résultats sont cohérents avec les résultats antérieurs qui envisagent l'espoir comme dépendant du contexte dans lequel évolue l'individu. Plusieurs types d'espoir semblent ainsi cohabiter en chacun d'entre nous : un espoir spécifique est mobilisé selon l'objectif choisi ou qui apparaît saillant à un instant précis (Duggleby et al., 2012 ; Snyder et al., 1996).

Concernant notre second objectif, les résultats montrent qu'il existe des différences intergroupes (soignant, patient, vs tout-venant). Ainsi, les représentations de l'espoir et de l'espoir dans la maladie sont, au moins en partie, dépendantes de variables liées aux positions sociales. Chaque groupe dispose d'une représentation de l'espoir qui lui est propre, définie par des attentes spécifiques à chaque type d'individu et de leurs perspectives temporelles. Les patients n'ont pas les mêmes attentes et les mêmes perspectives futures que celles des autres individus, de fait pas les mêmes représentations de l'espoir. Ainsi, les patients produisent des termes impactés par leur état de santé (e.g. *santé, longévité, avancée médicale, réussite*) alors que les soignants et les tout-venant produisent, eux, des termes plus généraux (e.g. *vie, joie, futur, projet, guérison, prise en charge, rémission*...). L'espoir correspond bien à des attentes positives, des croyances dans le déroulement positif et favorable du futur. De plus, il a été identifié que ce type d'orientation et d'engagement vers un objectif futur est un déterminant psychologique du bien-être (Dany et al., 2016). Nous supposons que, face à la maladie, les individus mobilisent l'espoir, un élément d'adaptation (Folkman, 2010) favorisant un certain bien-être individuel. Ces résultats illustrent également un résultat présenté précédemment : l'espoir est d'autant plus éloquent que l'on fait face à une situation difficile. Les tout-venant entretiennent sans doute des relations plus distantes avec l'espoir ou l'espoir dans la maladie : leur niveau d'implication pouvant être plus resserré lorsque le futur est perçu comme une menace. Ces éléments corroborent donc l'importance donnée récemment aux interventions et aux recherches s'intéressant à l'espoir dans le cadre des maladies chroniques, événements de vie difficiles et particulièrement mobilisant pour l'individu.

Au-delà de ces objectifs, nos résultats vont dans le sens de la structure de l'espoir proposée par Snyder (1994). Pour rappel, il décrit l'espoir selon un objectif atteignable par l'individu et deux

dimensions, motivationnelle et stratégique. Or, auprès des patients, nos résultats montrent que la représentation sociale de l'espoir implique bien, d'une part, comme objectif un mieux-être et, d'autre part, comme stratégies le soutien social et la prise en charge. Cette structure de l'espoir propre aux personnes atteintes de maladies chroniques semble bien refléter l'impact de la maladie chronique, la nécessité de revoir ses objectifs, plus concrets ou réalistes, et non nécessairement la guérison ou un traitement miracle (Herth, 2000).

Comme nous l'avons vu précédemment, les représentations sociales vont avoir des fonctions d'appréhension de la réalité quotidienne et d'orientation des comportements. Ainsi, les représentations de l'espoir sont susceptibles de jouer un rôle dans le quotidien des différentes populations envisagées. Pour les personnes atteintes de maladie chronique, ou encore leurs soignants, la représentation de l'espoir peut leur permettre d'envisager les situations pertinentes et d'orienter leurs comportements de façon à faire face plus aisément à la maladie.

Les résultats présentés posent la problématique de la communication soignant-soigné puisque les représentations, les attentes et stratégies diffèrent selon les protagonistes. Ces différences peuvent être à l'origine de mécompréhension et d'interaction de moindre qualité, d'autant plus qu'ils s'accordent sur l'importance à préserver l'espoir dans ce vécu de maladie. Les récentes recherches s'intéressant à l'espoir des personnes atteintes de maladie chronique font écho à la clinique en soulignant l'importance de l'espoir pour cette population (Wiles, Cott, & Gibson, 2008), notamment sur la diminution de la détresse psychologique (Rustøen, Cooper, & Miaskowski, 2011) et l'amélioration de la qualité de vie (Herth, 2000). Il semble donc important que les soignants puissent mieux saisir les éléments constitutifs de l'espoir de leurs patients afin de le préserver voire même de l'initier. Toutefois, de telles interventions doivent être adaptées à la situation médicale et aux besoins des patients pour qu'elles puissent avoir des effets bénéfiques et non délétères sur le bien-être des patients.

Les résultats de notre recherche se trouvent donc dans la lignée des précédentes en déterminant les composantes mêmes de l'espoir dans un contexte spécifique, celui de la maladie chronique. Il faut, néanmoins, relever certaines limites à celle-ci. Tout d'abord, il apparaît que les échantillons (patients, soignants et tout-venant) ne sont pas strictement appariés en âge. Cependant, les échantillons soignants et patients sont représentatifs des populations dont ils sont issus. Effectivement, en France, les moyennes d'âge des patients chroniques et des soignants sont respectivement de 56 ans (Assurance Maladie, 2013) et de 36 ans (Institut national de la statistique et des études économiques, 2006) ; et elles sont de 51,13 ans et de 35,32 ans pour nos échantillons. Quoi qu'il en soit, il semble légitime de s'interroger sur l'impact de l'âge sur la conceptualisation de l'espoir. De précédents travaux considérant cette variable (Snyder et al., 1996 ; Snyder, Feldman, Shorey, & Rand, 2002) n'ont pas mis en évidence une différence significative de l'espoir en fonction de l'âge. Par ailleurs, même si nous avons fait attention à inclure des participants tout-venant n'étant ni malade chronique ni soignant, nous n'avons pas systématiquement contrôlé la présence actuelle ou passée d'événement de vie difficile, voire stressant. Par exemple, avoir un membre de sa famille atteint de maladies chroniques pourrait potentiellement avoir un impact sur la représentation de l'espoir. Il serait donc utile de contrôler ces deux points dans de futures recherches. Enfin, il est à noter que les différences de représentation entre l'espoir dans la maladie et en général peuvent être liées au contexte de la tâche. Effectivement, les participants ont réalisé l'association au terme de « espoir » en comparant les deux conditions. Ainsi cette tâche où les échantillons sont appariés a pu pousser les participants à lister les propriétés distinctives de l'objet « espoir » et non ses propriétés dominantes.

Au-delà de ces limites, l'apport de cette étude souligne la place prépondérante de l'espoir dans le contexte spécifique des maladies chroniques et ainsi l'intérêt à y porter dans les interventions auprès de ces patients. Dans cet objectif, il semble opportun d'envisager, sur la base de cette recherche, la construction d'un questionnaire pour examiner l'espoir adapté à ce contexte spécifique. Ainsi, dans la continuité de cette recherche, des interventions sur l'espoir, ou adapter les interventions préexistantes selon les vécus subjectifs, les ressources les stades et traitements de la maladie devraient pouvoir être élaboré. Effectivement, une revue systématique de la littérature sur les interventions issues de la psychologie positive dans le cadre du cancer a permis d'identifier le défaut d'interventions basées sur l'espoir malgré l'importance de ce concept dans les prises en charge de ces pathologies (Casellas-Grau et al., 2014).

5. Conclusion

Un des principaux apports de cette contribution renvoie à la conceptualisation même de l'espoir. Si jusqu'alors, il avait été considéré essentiellement sous l'angle d'un trait ou d'un état, les données que nous avons présentées témoignent de l'intérêt d'une approche sociocognitive de l'espoir. Nous mettons en évidence, qu'au-delà de cette approche, l'espoir fait l'objet d'une construction sociale de la réalité déterminée, semble-t-il, par l'appartenance sociale des individus (patients, soignants et tout-venant). Si l'espoir est un ensemble d'attentes positives à l'égard du futur, celles-ci sont régulées socialement. Ainsi, nous appelons de nos vœux à ce que les travaux à venir sur l'espoir intègrent les croyances associées à l'espoir. En effet, comme nous l'évoquons plus haut, l'individu ne fait pas face à la maladie en étant isolé du monde. En étudiant les aspects sociocognitifs de l'espoir, il nous semble possible d'identifier les freins et les leviers pour que les patients atteints de maladies chroniques puissent mieux faire face à leur état de santé et aux processus de soin dans lesquels ils sont engagés. De nouveaux travaux sur les croyances et représentations sociales des patients, mais aussi des soignants guideront une communication soignant-soigné de qualité au bénéfice de bien-être pour l'ensemble des protagonistes de la relation de soin.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales, représentations sociales*. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 217–238). Paris: Presses Universitaires de France.
- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 821–827. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.12.004>
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012a). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie française, 57*(2), 67–81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003>
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012b). Représentations sociales et risques sanitaires : perspectives sociocognitives. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva, 6*(3), 35–50.
- Aspinwall, L. G., & Leaf, S. L. (2002). In search of the unique aspects of hope: Pinning our hopes on positive emotions, future oriented thinking hard times, and other people. *Psychological Inquiry, 13*(4), 276–288.
- Assurance Maladie. (2013). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014*. Paris.
- Berg, C. J., Snyder, C. R., & Hamilton, N. (2008). The effectiveness of a hope intervention in coping with cold pressor pain. *Journal of Health Psychology, 13*, 804–809. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105308093864>
- Bernardo, A. B. I. (2010). Extending hope theory: Internal and external locus of trait hope. *Personality and Individual Differences, 49*(8), 944–949. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.036>
- Bonnet, Y., Roussiau, N., & Vergès, P. (2002). Categorical and prototypical analysis: A study on the quality-process in hospital institutions. *European Review of Applied Psychology, 52*(3–4), 213–220.
- Bryant, F. B., & Harrison, P. R. (2015). Measures of hope and optimism: Assessing positive expectations of the future. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological construct* (pp. 47–73). London: Academic Press.
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology, 23*(1), 9–19. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3353>
- Chen, H., Komaromy, C., & Valentine, C. (2015). From hope to hope: The experience of older Chinese people with advanced cancer. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 19*(2), 154–171. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459314555238>
- 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* (pp. 119–152). Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Dany, L., Roussel, P., Laguette, V., Lagouanelle-Simeoni, M.-C., & Apostolidis, T. (2016). Time perspective, socioeconomic status, and psychological distress in chronic pain patients. *Psychology, Health & Medicine, 21*(3), 295–308. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1062900>
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: Some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality & Quantity, 49*(2), 489–507. <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-014-0005-z>
- Delas, Y., Martin-Krumm, C., & Fenouillet, F. (2015). La théorie de l'espoir : une revue de questions. *Psychologie française, 60*(3), 237–262. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2014.11.002>
- Deschamps, J.-C. (2003). Analyse des correspondances et variations des contenus de représentations sociales. In J.-C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 179–199). Toulouse: Erès.
- Di Giacomo, J.-P. (1980). Intergroup alliances and rejections within a protest movement (analysis of the social representations). *European Journal of Social Psychology, 10*, 329–344.

Pour citer cet article : Robieux, L., et al. L'espoir dans la maladie chronique : représentations sociales de l'espoir chez les patients et soignants. *Psychol. fr.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.003>

- Di Giacomo, J.-P. (1986). Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In W. Doise, & A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 118–138). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Doise, W. (1985). Les représentations sociales : définitions d'un concept. *Connexions*, 45, 243–253.
- Doise, W. (1989). Cognitions et représentations sociales : l'approche génétique. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales* (pp. 361–382). Paris: Presses Universitaires de France.
- Duggleby, W., Hicks, D., Nekolaichuk, C., Holtslander, L., Williams, A., Chambers, T., et al. (2012). Hope, older adults, and chronic illness: A metasynthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1211–1223. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x>
- Elliott, J. A., & Olver, I. N. (2009). Hope, life, and death: A qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope. *Death Studies*, 33, 609–638. <http://dx.doi.org/10.1080/07481180903011982>
- Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S., & Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608–613.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 37–57). Paris: Presses Universitaires de France.
- Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1836>
- Godman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 148–170.
- Gottschalk, L. A. (1985). Hope and other deterrents to illness. *American Journal of Psychotherapy*, 39(4), 515–524.
- Guimelli, C. (1989). Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale : la représentation de la chasse et de la nature. In J. Beauvois, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduite sociales : représentations et processus cognitifs* (pp. 117–138). Cousset, Fribourg, Suisse: Del Val.
- Guimelli, C., & Jacobi, D. (1990). Pratiques nouvelles et transformation des représentations sociales. *Revue internationale de psychologie sociale*, 3(3), 307–334.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431–1441.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Éditions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Herzlich, C. (1984). La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie (commentaire). *Sciences sociales et santé*, 2(2), 71–84. <http://dx.doi.org/10.3406/sosan.1984.968>
- Herzlich, C. (1986). Représentation sociale 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* (pp. 157–170). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2006). *Caractéristiques socio-démographiques des familles de santé et du travail social*. Retrieved June 10, 2015, from http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=16840&page=pages.de.profiles/P10.81/graphiques.htm#tab3
- Jodelet, D. (1984). Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF.
- Johnson, S. C. (1967). Hierarchical clustering schemes. *Psychometrika*, 32(3), 241–254. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02289588>
- Kim, D. S., Kim, H. S., Schwartz-Barcott, D., & Zucker, D. (2006). The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 547–556. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.010>
- Lasane, T. P., & O'Donnell, D. A. (2005). Time orientation measurement: A conceptual approach. In A. Strathman, & J. Joireman (Eds.), *Understanding behavior in the context of time: Theory, research, and application* (pp. 11–30). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Lo Monaco, G., & Guimelli, C. (2008). Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 78(2), 35–50.
- Lo Monaco, G., Lheureux, F., Chianèse, L., Codaccioni, C., Halimi-Falkowicz, S., & Cano, P. (2009). Le rôle du contexte d'expression et du statut social des intervenants de santé dans la production d'un discours normatif : le cas de la relation des jeunes à l'alcool. *Pratiques psychologiques*, 15(3), 367–386. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2008.02.002>
- Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Rateau, P., & Tavani, J. L. (2017). Methods of study of the structure of social representations: A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 2016.
- Moliner, P. (1992). *La représentation sociale comme grille de lecture. Étude expérimentale de sa structure et aperçu sur ses processus de transformation*. Aix-en-Provence: Presses Universitaires de Provence.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mouret, M., Lo Monaco, G., Urdapilleta, I., & Parr, W. V. (2013). Social representations of wine and culture: A comparison between France and New Zealand. *Food Quality and Preference*, 30(2), 102–107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2013.04.014>
- Nekolaichuk, C. L., Jevne, R. F., & Maguire, T. O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine* (1982), 48(5), 591–605.
- Palmonari, A., & Doise, W. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. In W. Doise, & A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 12–33). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verhiac, J.-F. (2016). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : effets de la situation de contact. *Psychologie française*, 61(3), 235–250. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2015.05.003>
- Perrin, E. C., Newacheck, P., Pless, I. B., Drotar, D., Gortmaker, S. L., Leventhal, J., et al. (1993). Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics*, 91(4), 787–793.
- Piermattéo, A., Lo Monaco, G., Moreau, L., Girandola, F., & Tavani, J.-L. (2014). Context variations and pluri-methodological issues concerning the expression of a social representation: The example of the Gypsy Community. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(e85), 1–17.
- Rand, K. L., & Cheavens, J. S. (2009). Hope theory. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 323–334). New York, NY: Oxford University Press.

- Rouquette, M.-L. (1973). La pensée sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale* (pp. 298–327). Paris: Larousse.
- Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale*. Paris: Dunod.
- Rouquette, M.-L. (2009). Introduction. Qu'est-ce que la pensée sociale ? In M.-L. Rouquette (Ed.), *La pensée sociale. Perspectives fondamentales et recherches appliquées* (pp. 5–10). Toulouse: Erès.
- Rustøen, T., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 351–357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.09.001>
- Sanatani, M., Schreier, G., & Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: An exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer*, 16(5), 493–499. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-007-0336-6>
- Scioli, A., Ricci, M., Nguyen, T., & Scioli, E. R. (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 78–97. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020903>
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope*. New York: Simon and Schuster.
- Snyder, C. R. (1999). Hope, goal-blocking thoughts, and test-related anxieties. *Psychological Reports*, 84, 206–208.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S., & Rand, K. L. (2002). Hopful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*, 5(5), 298–303.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321–335.
- Staats, S. (1991). Quality of life and affect in older persons: Hope, time frames, and training effects. *Current Psychology*, 10(1–2), 21–30. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02686778>
- Tavani, J. L., Piermattéo, A., Collange, J., & Lo Monaco, G. (2014). Pour une prise en compte des représentations sociales dans l'étude de la santé au travail : des pistes pour la prévention. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 75(5), 478–491. <http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2014.04.005>
- Tavani, J. L., Zenasni, F., & Pereira-fradin, M. (2009). Social representation of gifted children: A preliminary study in France. *Gifted and Talented International*, 24(2), 61–70.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99–109. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.99>
- Thomas, W. I. (1905). The province of social psychology. *American Journal of Sociology*, 10, 445–455.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*, 45(4–7), 203–209.
- Vergès, P. (1994). Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 233–253). Paris: Delachaux et Niestlé.
- Wiles, R., Cott, C., & Gibson, B. E. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: A narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 564–573. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04815.x>
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 52(2), 69–81. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022511>