Cahiers de Psychologie Politique

N° 36 | 2020
Politique de santé Janvier 2020

Les relations profitent grandement à la santé…

Alexis FERRAND

Édition électronique :
URL : https://cpp.numerev.com/articles/revue-36/1970-les-relations-profitent-grandement-a-la-sante
DOI : numerev_1219
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 06/01/2020

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : FERRAND, A. (2020) Les relations profitent grandement à la santé…. *Cahiers de Psychologie Politique*, (36). https://doi.org/10.34745/numerev_1219

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

Il est banal de penser que « la santé », et notamment les inégalités de santé entre des catégories sociales, soient des faits sociaux. Mais on peut attribuer deux significations très différentes à ce lieu commun. D'un côté on conçoit une chaine causale : comportements des individus => facteurs de risques => fréquence d'une pathologie, et on s'aperçoit que ces comportements sont plus fréquemment adoptés par les membres de certaines catégories sociales. Donc les maladies, et inversement la santé, pourraient avoir des origines sociales.

Mots-clés :

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

Alexis Ferrand, ancien professeur de sociologie à l'université de Lille, il a mené des recherches sur les réseaux de relations personnelles depuis le début des années quatre-vingt, notamment sur leurs manières d'encadrer les relations sexuelles. Il étudie les effets cognitifs et normatifs des relations d'une part sur les conduites de santé et d'autre part sur les opinions politiques. Il suggère que des appartenances multiples permettent d'avoir deux opinions différentes et sincères. Publications disponibles sur HALSHS.

SOMMAIRE

Introduction

L'individu et son réseau de relations : une vieille idée

Discuter pour comprendre la santé, la maladie et les soins

Quelles relations permettent des discussions sur la santé ?

Ce que des discussions font aux représentations

De l'influence au contrôle relationnel

Conclusion

Introduction

Il est banal de penser que « la santé », et notamment les inégalités de santé entre des catégories sociales, soient des faits sociaux. Mais on peut attribuer deux significations très différentes à ce lieu commun. D'un côté on conçoit une chaine causale : comportements des individus => facteurs de risques => fréquence d'une pathologie, et on s'aperçoit que ces comportements sont plus fréquemment adoptés par les membres de certaines catégories sociales. Donc les maladies, et inversement la santé, pourraient avoir des origines sociales. Ce modèle s'apparente à l'individualisme méthodologique dans la mesure où les faits constatés sur une catégorie de population résulteraient de l'accumulation de comportements similaires des membres de cette catégorie. D'un autre coté on peut concevoir qu'il existe des processus proprement collectifs, supra individuels, de production de la santé. Ce modèle explicatif collectif est nécessaire parce que des constats empiriques montrent que le modèle individualiste est insuffisant. Ce sont des épidémiologistes qui l'affirment : « *On verra…d'autres exemples dans lesquels la prise en compte de facteurs de risque individuels (« ajustement ») ne modifie que très marginalement les différences sociales de santé. Comme l'a fait observer Rose dans les années quatre-vingt, il est essentiel de faire la différence entre « the causes of cases » (les facteurs expliquant la survenue de cas individuels) et « the causes of incidence » (les facteurs expliquant la distribution des cas dans les populations) (Rose, 1985)…/… Devant la résistance des faits à expliquer les différences sociales de santé uniquement par la distribution inéquitable des facteurs de risque individuels (même si une partie des différences observées peut relever de tels facteurs), il est apparu qu'il doit donc exister d'autres mécanismes, qui relèvent de ce qu'il est convenu d'appeler les « déterminants sociaux de la santé », mieux à même d'expliquer les inégalités sociales de santé.* » (Goldberg, 2002). En 2013, la traduction française de l'ouvrage de Wilkinson et Pickett (2010) a permis de découvrir que des caractéristiques proprement collectives (une forte inégalité socio-économiques, une faible participation associative des citoyens, une absence de confiance dans les rapports aux inconnus, etc.) accompagnent des fréquences beaucoup plus fortes de problèmes de santé. Ils ont étudié ces effets collectifs à un niveau macro-social. Nous allons présenter quelques approches qui dépassent les facteurs individuels de santé, mais à un niveau plus micro-social, celui des effets possibles des réseaux de relations personnelles sur la santé.

On peut facilement envisager les différents types de relations sociales et de réseaux qui pourraient d'une manière ou d'une autre contribuer à la production sociale de la santé. Ce domaine est immense : nous n'allons pas le parcourir, nous allons nous limiter à deux catégories d'effets : effets cognitifs (informations et représentations), et les effets normatifs (production de normes et contrôle social). Avant de les évoquer, nous présenterons rapidement comment l'analyse des réseaux de relations personnelles implique une nouvelle définition de « l'individu ».

L’individu et son réseau de relations : une vieille idée

Ce qu’on appelle aujourd’hui « *réseaux sociaux* » sont des dispositifs numériques permettant des connections et des communications très nombreuses à travers l’écrit, l’image, le son, mais pas la présence. Dans cet article il sera plutôt question de relations – que nous dirons « *interpersonnelles* » – entre des individus qui ont aussi l’occasion de se rencontrer physiquement, de se voir bouger et sourire, de s’offrir à boire ou de se fâcher. Chacun admettra volontiers qu’il fréquente un réseau de personnes qui ont pour lui plus d’importances que d’autres : des membres de sa famille, des amis, un voisin, quelques collègues, etc. L’existence de ce petit réseau est évidente. Curieusement, les enquêtes montrent qu’il compte en moyenne entre quinze et vingt relations, que ce soit en France, au Canada ou aux Etats Unis (Grosseti, 2007). De plus certaines caractéristiques sont propres à tels ou tels milieux sociaux. Ces réseaux de relations personnelles pourraient donc avoir des types de relations et des organisations de ces relations qui seraient des « faits sociaux ». Alors que nous avons l’impression de choisir librement nos relations, nous ne ferions que nous conformer à certaines contraintes sociales ?

Cette idée un peu dérangeante a été formulée dès les années trente par Moreno qui observait de manière systématique des relations interpersonnelles. Il a découvert l’existence de relations « *qui franchissent les limites des groupes* » de manière observable car elles dépendraient « *de structures plus ou moins permanentes qui réunissent les individus en de larges réseaux* » (Moreno, 1934). Ses recherches l’amènent à formuler une seconde idée encore plus dérangeante consistant à considérer que « *l’atome social* » ne serait pas l’individu, mais l’individu et les relations interpersonnelles d’attirance et de rejet qui l’enserrent et qui, en se connectant de proche en proche, forment des « *réseaux sociométriques* ». Ces deux idées – les relations interpersonnelles sont organisées et elles contribuent à définir ce qu’est l’individu – ont été reprises par un large courant de recherche particulièrement actif depuis les années dix-neuf cent soixante-dix. C’est en puisant dans ces travaux que je souhaite suggérer que l’individu « pense en relation » autant que dans son seul cerveau et qu’il agit sous contrôle relationnel autant que par volonté propre.

Discuter pour comprendre la santé, la maladie et les soins

De manière spontanée on peut penser que des relations personnelles sont surtout des canaux de circulation de l’information. Cette ligne de recherche a été largement développée. On a notamment étudié quelles relations et quels types d’organisation des relations entre elles permettaient d’accéder aux informations les plus pertinentes. Les

fameux travaux de Marc Granovetter (1973, 1982) suggérant que ce sont des liens peu intimes et disjoints les uns des autres qui conduisent à des sources nouvelles d'information ont eu une longue postérité. Pour les problèmes de santé, Bernice Pescosolido (1992, Canada) a montré que les acteurs peuvent mobiliser des relations personnelles et des sources d'information variées : « *En général les gens... cherchent des conseils et de l'aide de manière continue auprès d'une grande variété de personnes aussi bien des profanes que des professionnels ou des semi-professionnels, jusqu'à ce que le problème soit résolu ou bien les possibilités épuisées*. ». Parmi l'ensemble des sources auxquelles les gens font appel, les discussions avec des proches sont plus ou moins prioritaires, importantes et dignes de confiance. Ainsi une enquête réalisée en Allemagne auprès d'un échantillon national représentatif nous apprend que 36 % des gens disposant d'une connexion, ont utilisé internet au moins une fois au cours du dernier mois pour chercher des informations sur des questions de santé. Puis les interviewés devaient *noter* (sur une échelle allant de 1 à 5) *l'importance* accordée aux différentes sources d'information. Les chercheurs constatent alors qu'internet est très mal apprécié (avec une note de 2.86 sur 5), alors que les contacts avec des professionnels de santé ont été classés en tête (moyenne 4.28), suivis par la famille, les amis et collègues (3.57), les pharmacies (3.50), etc (Dumitru, 2007). Ainsi, quand on cherche à évaluer le rôle particulier des proches parmi les autres sources d'information sur la santé, il faut clairement distinguer l'importance que leur accordent les enquêtés de la fréquence avec laquelle ils les sollicitent.

Les relations de discussion ne sont pas seulement des tuyaux dans lesquels circuleraient mécaniquement des contenus figés allant d'une source vers un récepteur. Une fonction cognitive plus importante est en jeu : la discussion permet la construction d'un nouveau contenu de pensée, l'élaboration d'une conception profane ou d'une représentation particulière d'un état de santé et de ses conditions. Le courant sociologique intitulé « interactionnisme symbolique » a ainsi envisagé que des discussions, particulièrement lorsque les partenaires sont en situation d'incertitude, permettent l'élaboration d'une réponse nouvelles aux questions que se posent les partenaires.

Quelles relations permettent des discussions sur la santé ?

Parler de la santé en général ne pose pas trop de problème. Par contre, pour l'individu parler de sa santé ou de sa maladie n'est pas anodin. Ces questions relèvent principalement de la sphère privée et seules certaines relations sont habilitées à recevoir des nouvelles ou des demandes de conseils. Et il peut être délicat de parler de son médecin.

Deux types de contraintes pèsent sur les choix des partenaires potentiels. D'une part des normes sociales. Certaines maladies sont avouables, légitimes car résultant d'un coup du sort, d'autres sont honteuses car elles peuvent être imputées à des comportements coupables, des déviances sexuelles, des addictions diverses, etc. Enfin

certaines maladies sont terrifiantes et stigmatisées. Corrélativement, seules des relations comportant une norme puissante de confidentialité et de confiance interpersonnelle peuvent entendre des propos qui sont couverts par le droit à la vie privée[1]. Une contrainte complémentaire résulte de la manière dont une relation est connectée à d'autres relations de l'individu (ce que nous nommons la position de la relation dans la structure du réseau personnel) : tel partenaire est-il lui-même en contact avec d'autres connaissances de l'individu qui n'ont pas à connaître ses difficultés. Par exemple, il vaut mieux être réservé vis-à-vis d'un ami-collègue, alors qu'un ami de jeunesse, isolé de toutes les autres relations ne risque pas des indiscrétions dangereuses.

On sait depuis très longtemps que des relations personnelles différentes sont mobilisées par l'individu pour l'aider à répondre à des problèmes de différentes natures (Fischer, 1982 ; Wellman, 1989). Dans le domaine de la santé, on a notamment constaté que seul un nombre très limité de relations sont mentionnées par des enquêtés. Beverly Wellman (2000) a interrogé 300 habitants de Toronto et découvert que les discussions sur sa propre santé mobilisent 2 personnes alors que les discussions sur « *la santé en général* » mobilisent en moyenne 1,3 personnes. Et ces relations sont en partie spécifiques par rapport aux relations personnelles les plus proches qui permettent de parler « *des problèmes importants pour vous* » (Perry & Pescosolido, 2010).

Une enquête réalisée auprès de 500 habitants de deux villes des Hauts de France a voulu observer ces différences (Ferrand, 2001). Au risque de lasser je mentionne la formulation des questions pour indiquer comment on observe des réseaux personnels. On demandait ainsi :

> « Il peut vous arriver de discuter de votre propre santé avec des connaissances personnelles, famille, collègues, amis… Par exemple de discuter d'une maladie que vous venez d'avoir, de médicaments que vous prenez, ou d'un régime que vous suivez avec des gens qui ne sont pas vos soignants…. Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un de votre propre santé ? »

L'enquêteur ajoute « *Je vous demande de mettre sur cette feuille les initiales ou le prénom de chaque personne avec laquelle vous avez discuté de votre santé pour qu'on se souvienne bien par la suite de qui vous parlez.* » Il agira de même pour les deux autres questions :

> « Il peut aussi vous arriver de discuter d'un médecin, des traitements qu'il prescrit ou des soins qu'il donne… Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un d'un médecin, des traitements qu'il prescrit, de ses consultations ? »
> « Enfin je vais vous demander s'il vous arrive de discuter de maladies

> particulières... Au cours des six derniers mois, vous est-il arrivé de discuter avec quelqu'un d'une des trois maladies suivantes, 1) le cancer 2) les maladies cardiaques 3) la dépression nerveuse ? »

Les nombres de personnes citées sont faibles : on discute de sa propre santé avec 1.3 personnes, d'un médecin avec 0.7 personnes et des trois maladies avec 0.8 personnes. Plus d'un-e enquêté-e sur deux ne parle à personne de son médecin, alors que ces mêmes enquêtés ont déclaré un nombre respectable de parents (6) et d'amis (9). Les relations de parenté représentent 53,5 % des relations de discussion qui ont été citées, et les relations amicales 30 %. Comment expliquer ces choix ? On a pu montrer que « *S'il y a plus de confidents-parents ce n'est pas parce qu'il y a plus de parents disponibles dans le réseau mais parce que la parenté est normativement mobilisable.... tous les parents peuvent devenir parents-confidents. A l'inverse seuls certains amis peuvent devenir amis-confidents.* ». L'existence de deux types de contraintes différentes – normatives et structurales – qui conditionneraient l'appel à tel partenaire plutôt qu'à tel autre peuvent interagir de manières variées : le choix de la parenté est sans doute surtout normatif, mais celui d'un ami peut impliquer aussi sa position dans le réseau personnel de l'individu.

Ce que des discussions font aux représentations

Ce faible nombre de partenaires entraîne-t-il une faible influence de ces relations ? Il ne semble pas. On a pu illustrer la fonction cognitive de ces discussions en demandant d'évaluer l'offre de soin locale en réponse aux trois pathologies typiques (cancer, problèmes cardiaques, dépressions nerveuses). Pour l'habitant, juger l'offre de soin n'est pas facile à cause d'une incertitude sur les critères à adopter et d'un sentiment d'incompétence ou d'illégitimité pour faire une telle évaluation. Or, on a constaté qu'avoir cité *deux* partenaires de discussion diminue massivement la proportion de ceux qui sont incapables de se prononcer (sans qu'on puisse imputer cette capacité à un effet d'appartenance sociale). Les discussions contribuent donc à la formation d'une opinion, vraisemblablement partagée entre les trois interlocuteurs.

Le proverbe dit « il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre », et une idée courante lui fait écho : les gens discuteraient principalement ou exclusivement avec des personnes qui partagent les mêmes opinions, les mêmes visions du monde. De sorte que ces interactions consensuelles ne pourraient produire que le renforcement d'idées déjà admises et jamais d'innovation ou de changement. Quand on y regarde de près, cette clôture relationnelle n'est pas évidente.

Alexandra Thierry a pu constituer un échantillon médicalement homogène de 100 patientes soignées pour un cancer du sein, en début de traitement, au Centre anticancéreux de Lille. Je ne retiendrai qu'un des résultats intéressants de cette recherche (Thierry, 2007). Ces patientes ont été interrogées sur les personnes avec lesquelles elles ont pu parler de leur maladie et sur les contenus des conversations dont elles se souvenaient. Elles ont ainsi évoqué une dizaine de thèmes qui se combinent en

quatre grands types : 1) des paroles très positives sur les perspectives de guérison et les traitements : *« L'optimisme argumenté »* ; 2) des opinions qui soulignent de manière moins catégorique les chances de guérison mais qui n'en demeurent pas moins encourageantes : *« L'optimisme nuancé »* ; 3) des positions très négatives et plutôt fatalistes : *« Le pessimisme »* ; 4) enfin des opinions ambivalentes qui ne se positionnent pas clairement sur les perspectives de guérison : *« Le doute »*. Les patientes entendent des contenus très variés, à travers des propos qui ont des statuts également variés : des expériences des personnes proches (ou de proches de proches), des croyances, des peurs, des informations médiatiques, des « vérités scientifiques » etc. Il y a donc de vraies paroles qui débordent largement le cadre étroit des politesses compassionnelles et le respect du tabou sur un pronostic vital incertain. Ce ne sont pas des banalités. De plus, pour une même patiente, ces paroles ne sont pas homogènes. Seule neuf enquêtées ont mentionné des discussions appartenant toutes au même type, chacune des autres a cité des discussions de différents types. C'est dire que ces patientes sont en quelque sorte au centre d'une controverse potentielle, et que, dans ces conversations privées, sont définies et redéfinies en permanence des contenus cognitifs qui, pour certains interlocuteurs, deviennent des savoirs et des opinions partagés.

Le fait qu'un individu ait des partenaires de discussion qui professent des opinions différentes peut le mettre dans l'embarras s'il doit se former son propre jugement à partir de ces informations et de ces positions dissonantes. Le plus souvent il se ralliera à l'un des points de vue. Mais au lieu de tendre vers une pensée unique et unifiée, l'individu peut endosser deux opinions différentes à la condition qu'elles soient soutenues par deux partenaires de discussion qui appartiennent à des contextes de sociabilité séparés et n'interagissent pas entre eux (Ferrand, 2011).

Cette hypothèse a été examinée par Sophie Tazé dont la recherche a dû adopter une méthodologie originale (Tazé, 2008). Des étudiants ont été invités à répondre à un questionnaire en même temps qu'un ami qu'ils choisissaient librement. Puis, quinze jours plus tard, ils étaient invités à documenter le même questionnaire, mais avec « *la personne de votre entourage qui vous semble la plus différente de l'ami(e) avec le(la)quel(le) vous avez répondu la première fois* ». Face à face, l'étudiant et l'ami (puis la personne choisie) pouvaient voir les réponses de l'autre. Dans un cas sur deux ils en ont discuté, et on peut penser qu'ils en ont tenu compte plus ou moins. Il était ainsi possible d'observer dans quelle mesure l'étudiant qui sollicitait des proches allait modifier ses positions entre les deux discussions. Il y avait 16 positions relatives au SIDA qui, dans une période marquée par l'efficacité des trithérapies et par un affaiblissement des pratiques préventives, restait un objet entouré d'un vaste halo d'incertitudes sur ce qu'il convenait d'en penser et ce qu'il convenait de faire.

Un des résultats importants est qu'un enquêté sur deux a modifié ses réponses sur au moins trois items (le plus souvent sur trois à cinq items) entre les deux passations interactives du questionnaire. Les opinions endossées, et transcrites comme opinions personnelles, peuvent donc varier selon les deux contextes d'interaction. De plus, elle montre que 7 étudiants sur 10 changent ainsi d'avis lorsqu'ils ont passé le questionnaire

avec des partenaires qui n'appartiennent pas au même groupe, alors que 4 sur 10 changent d'avis si les partenaires appartiennent au même groupe. C'est à dire qu'il serait d'autant plus fréquent, donc facile, d'endosser des opinions différentes s'il s'agit de les formuler face à deux partenaires dont on suppose qu'ils n'ont pas d'occasion de se rencontrer.

Ainsi, lorsque l'individu s'interroge sur des questions de santé, cherche à comprendre, à savoir, à se faire une opinion, on ne peut le concevoir ni comme un cogito solipsiste évaluant rationnellement les informations qui lui parviennent, ni comme le membre d'un cadre social unique dont il refléterait passivement les idées communes. Les individus appartiennent simultanément à des cadres sociaux variés, porteurs de savoirs hétérogènes et de visions du monde différentes les unes des autres. Et les interactions entre les individus ne se réduisent pas à des transferts d'information, elles opèrent un travail cognitif de re-production ou production des savoirs et des représentations.

De l'influence au contrôle relationnel

Lorsqu'un jeune prend des risques pour sa santé on en imputera volontiers la raison à de mauvaises fréquentations, c'est-à-dire à l'influence néfaste de ses relations. Un grand nombre de travaux ont tenté de montrer comment des relations personnelles peuvent « influencer » l'individu et l'amener à adopter un comportement néfaste, ou, au contraire, à adopter une conduite bénéfique. Les modèles théoriques proposés dans ces travaux pour expliquer comment fonctionne l'influence sont aussi très variés. Les plus pertinents semblent bien être ceux qui conçoivent l'influence comme un processus complexe et hétérogène, comportant des étapes qui mobilisent chacune des ressources et des relations différentes (connaissance, persuasion, décision, réinvention, confirmation : Valente, 1995). Par exemple, à propos des réponses au risque de transmission du sida, Catania et ses collègues (1990) ont suggéré l'existence de trois étapes au cours desquelles les relations produisent des effets distincts : après avoir reçu des informations, après avoir pu penser qu'elles le concernent bien, l'individu doit prendre « *la décision de changer* », et, à ce moment, « *des facteurs sociaux comme le soutien social et les normes d'un groupe de référence peuvent aussi avoir une influence considérable sur l'évaluation des coûts et avantages et sur la croyance en sa propre capacité de changer* ». Sur la balance coûts-avantages, on peut penser que le plateau des coûts serait exclusivement chargé des risques sanitaires liés au Sida. Ce serait une vision réductrice et il faut y ajouter évidemment les handicaps résultant de la stigmatisation sociale générale liée à cette maladie, mais surtout la réprobation spécifique de son « *groupe de référence* » pour n'avoir pas respecté ses normes de précaution face à la transmission. Ainsi, une des composantes de l'influence est la réprobation par le groupe, c'est-à-dire une « sanction sociale négative », dont la face positive pourrait, à l'inverse, comporter des encouragements, des marques de sympathie et de camaraderie qui sont des formes du « soutien social ». L'idée importante est que des relations peuvent exercer, selon les cas, des sanctions positives ou des sanctions négatives.

Un nouveau cadre d'analyse peut alors être envisagé : celui du *contrôle social*, qui, dans les cas qui nous intéressent ici, prend la forme du contrôle par un réseau de relations. L'avantage de ce cadre théorique est de rendre compatibles la prise en compte des propriétés collectives d'un contexte social ou d'un réseau (capables, ou non, de sanctionner ou d'encourager un comportement), et les évaluations plus ou moins rationnelles des individus (qui anticipent les sanctions négatives et positives de ce réseau). Cependant une difficulté apparait : on doit considérer à la fois les normes propres à un cadre social et les relations interpersonnelles qui vont les renforcer plus ou moins. Andrée Demers et ses collègues (2002) ont ainsi montré que les normes propres à certains contextes ont plus d'effet sur la manière de boire des jeunes alors que, dans d'autres contextes, ce sont les relations interpersonnelles qui influencent le plus.

Une autre difficulté est que des enquêtes qui observent à moment donné la similitude de comportements d'individus en relation les uns avec les autres ne peuvent déduire que cette similitude serait un effet de leurs relations. Certes, on peut supposer que des individus ont été poussés à adopter ce comportement similaire parce qu'ils étaient en relation, ce qui indiquerait un processus « d'influence », mais on peut aussi penser que ces individus ont pu se choisir les uns les autres et entrer en relation parce qu'ils avaient déjà adopté le même comportement que l'autre, selon le principe « d'homophilie » bien illustré par le proverbe « Qui se ressemble s'assemble ». Or des enquêtes instantanées ne peuvent départager formellement ces deux hypothèses : il faut disposer à la fois de données diachroniques, donc réinterroger les mêmes individus, et de logiciels permettant une modélisation statistique de ces deux processus (Snijders, 2017). Ces conditions très exigeantes expliquent pourquoi la majorité des analyses empiriques de l'influence sont menées par des psycho-sociologues utilisant des expériences de laboratoires rassemblant des étudiants. Concernant les pratiques liées à la santé cependant quelques panels existent. Ainsi 126 jeunes élèves (13 ans) ont été suivis entre 1995 et 1997 dans une école écossaise. L'analyse de ces données propose des résultats détaillés sur les processus qui articulent les changements dans les usages du tabac, de l'alcool, du cannabis, et les changements dans les relations (Pearson, 2006). Les résultats sont surprenants car ils indiquent que ces processus sont distincts selon les addictions. Le choix préférentiel pour un ami ayant un comportement semblable (homophilie) fonctionne fortement pour l'usage d'alcool, et l'influence relationnelle, donc le fait qu'un individu adopte le même comportement que celui d'un autre avec lequel il était auparavant en relation, fonctionne pour le cannabis et aussi pour l'alcool, mais pas du tout pour le tabagisme. Les auteurs n'approfondissent pas les explications théoriques qui pourraient être données à ces variations, mais en déduisent des recommandations dont certaines consisteraient, dans une campagne de prévention, à cibler des relations plutôt que des individus. Seule une analyse diachronique, qui permet d'identifier le *modus operandi* de l'influence, permet ainsi de suggérer comment un changement relationnel peut modifier un comportement de santé. Nous évoquerons ce point en conclusion.

Enfin, une approche en termes de contrôle social positif et négatif devrait définir comment une norme émerge dans un réseau et est appliquée. Cette question est souvent contournée d'une manière commode en postulant que c'est parce que les

membres appartiennent à telle catégorie sociale ou à telle organisation englobante qu'ils respectent une norme. Il est plus pertinent de penser que le contrôle relationnel des comportements suppose certaines conditions dans l'organisation des relations entre elles, dans leurs formes d'interdépendance. Notamment, on peut faire l'hypothèse que ce contrôle ne tend à exister que si le comportement d'un individu peut affecter les intérêts des gens avec lesquels il en relation proche, ou indirectement comme dans un groupe. Un exemple assez évident est celui des risques sanitaires qui résultent de pathologies transmissibles comme le sida : dans un réseau d'interconnaissance où se nouent et se dénouent des relations sexuelles, tout le monde a intérêt à ce que chacun se conduise bien[2]. Le contrôle suppose évidemment que les comportements imprudents soient connus (à travers quelle relation ?) et que cette information puisse circuler entre les membres du réseau (à travers quels enchainements de relations ?) si elle implique une réprobation collective[3]. Mais la sanction peut aussi venir d'un proche particulier du fautif et il faut alors que d'autres membres du réseau concernés par cette intervention soutiennent celui qui va endosser la charge, parfois lourde (par exemple se fâcher avec un ami), de sanctionner (Ferrand Snijders, 1997). Le contrôle relationnel n'a donc pas seulement pour fonction de décourager ceux qui seraient prêts à faire passer leur intérêt personnel avant le bien commun (« *celui qui joue cavalier seul* »), il suppose aussi que les gardiens des normes soient récompensés par le réseau (ce qu'on appelle « *le problème du bien commun d'ordre deux* »).

Conclusion

Cet article n'a évidemment pas envisagé toutes les analyses qui concernent les effets des réseaux sur la santé. Nous n'avons pas évoqué les usages d'internet – qui sont très divers (Convert & Demailly, 2003) – par différentes populations pour acquérir des informations sur les maladies, les soins, les praticiens, ni la possibilité que certains de ces usages puissent créer des « *communautés épistémiques* » (Akrich, 2010), favoriser l'émergence de savoirs partagés. C'est un domaine important, même si internet n'est jamais la seule source d'information, ou de mise en relation des individus. Une recherche originale a ainsi pu étudier comment des personnes ayant des troubles alimentaires combinent des relations majoritairement face à face et un petit nombre de contacts via internet, et mobilisent préférentiellement certains d'entre eux pour répondre à différents soucis (Tubaro, 2014, Casilli, 2016). De plus il faudrait mentionner tous les travaux qui, depuis longtemps (Cresson, 1991) étudient comment des relations apportent des aides pratiques quotidiennes, souvent lourdes, et des soins qui, pour être définis comme « profanes », n'en sont pas moins de plus en plus spécialisés et presque professionnalisés (Giraud & Al. 2019). Une question moins explorée, évoquée dès 1960 par Eliott Freidson, concerne la manière dont des réseaux de relations contribuent au jugement d'un patient qui « *peut échanger ses impressions avec d'autres... et utilise la structure référentielle*[4] *non seulement avant de se rendre chez le médecin mais aussi à son retour, en discutant le comportement du médecin, son diagnostic et son ordonnance avec ses amis ; ceci ayant pour conséquence possible qu'il ne retourne jamais le voir.* ». Ces jugement contribuent à la réputation d'un praticien et pourraient

participer à une régulation « par en bas » du système de soins.

De ce bref aperçu, deux idées peuvent être retenues. On admet facilement que des relations soient des tuyaux dans lesquels circulent des informations sur la santé. Il faut admettre aussi que des relations comportent des interactions qui produisent des contenus cognitifs nouveaux et façonnent des représentations, parfois unifiées, parfois diversifiées. Une seconde idée est qu'une des dimensions du processus qu'on appelle « influence » interpersonnelle, n'est autre que l'exercice d'un contrôle relationnel qui suppose des possibilités de surveillance et de sanction positives et négatives.

Finalement, abandonner une approche strictement individualiste des comportements de santé au profit d'une conception qui tient compte des effets des réseaux personnels peut conduire, comme le suggèrent Ruth Hunter et ses collègues à déplacer la cible des interventions publiques de la sensibilisation des individus à la manipulation des réseaux de relations personnelles (Hunter & AL., 2019) : "*We recommend that the scientific community should move beyond individual-level approaches to design and test interventions that use the largely untapped potential of social networks to improve health behaviours and outcomes*."

1 Sauf si un mal est contagieux car l'individu peut être légalement contraint à la publicisation. Et il est invité à avertir les proches concernés pour un mal transmissible.

2 Mais on peut généraliser : des gens dont l'activité ou le bien être dépendent d'autres individu ont intérêt à ce que ceux-ci prennent soin de leur santé (famille, équipe de travail, groupe volontaire, etc).

3 H.S. Becker examine à peu près les mêmes conditions dans *Outsiders,* p.145 et sq. (1963).

4 Le réseau des proches avec lesquels il peut discuter des problèmes de santé.

Akrich M., (2010), "From communities of practice to epistemic communities: health mobilizations on the internet", *Sociological Research Online*, 15 (2) 10. http://www.socresonline.org.uk/15/2/10.html

Becker H.S., (1963), *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance,* Trd. Française, Paris, Métaillé, 1985

Berkman L.F., Glass T., (2000), "Social integration, social networks, social support and health", in Berkman L.F., Kawachi (ed.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press: 137-173.

Casilli A., Tubaro P., (2016), *Le phénomène "pro ana". Troubles alimentaires et réseaux sociaux.* Paris, Presses des Mines.

Catania J.A. Kegeles S.M. Coates T.J., (1990), « Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model ARRM". *Health Education Quaterly*, Vol 17 (1) :

53-72.

Convert B., Demailly L., (2003), « Listes et forums dans le domaine de la santé et de la santé mentale », *Communication*, Vol 22, n° 2

Cresson G., Pitrou A., (1991), "The role of the family in creating and maintaining healthy lifestyles", in Badura B. and Kickbusch I., eds , *Health promotion research towards a new social epidemiology*, WHO Regional Publications, European series, N° 37, Copenhagen.

Demers, A., Kairouz, S.., et Al., (2002), "Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates", *Social Science and Medicine,* 55 (3): 415-424.

Dumitru, R.C., Bürkle T., & Al., (2007), "Use and perception of internet for health related purposes in Germany: results of a national survey", *International Journal of Public Health*, N° 52: 275–285.

Ferrand A., (2011), *Appartenances multiples. Opinion plurielle,* Lille, Presses du Septentrion.

Ferrand A., (2001), « Différences sociales, différences locales dans la production des jugements sur les offres de soins », in Cresson G. Ferrand A. Lardé P. *Les systèmes locaux de santé*, Lille, Clersé, 2001, http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00252973/fr/.

Ferrand A., Snijders T., (1997), "Social networks and normative tensions", in Van Campenhoudt L., Cohen M., & Al., (eds) *Sexual interactions and HIV risk: new conceptual perspectives in European research*, London, Taylor & Francis, 1997, p. 6-21. http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00264362/fr/

Fischer C.S., (1982), To dwell among friends: personal network in town and city. Chicago, University Press.

Freidson E., (1960), "Client control and medical practice", *American Journal of Sociology*, 65: 374-382. Traduction Française dans *Médecine, maladie et société*, C.Herzlich (Ed) Paris, Mouton, 1970.

Giraud O., Outin J.L., Rist B., (Eds.), (2019), « La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements et revendications. », *Revue Française des affaires sociales,* N° 1.

Goldberg M., Melchior M., & Al., (2002), « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. », *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n° 4: 75-128. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num4_1570

Granovetter M.S., (1973),"The strenght of weak ties". *American Journal of Sociology*,

1973, n° 78: 1360-1380.

Granovetter M.S., (1982) “The strenght of weak ties: a network theory revisited” in Marsden P. Lin N. (eds.), *Social structure and network analysis*, Beverly Hills, Sage

Grossetti M., (2007), « Are French networks different? », *Social Networks*, vol. 29, n° 3: 391-404

Hunter R.F., de la Haye K., & Al., (2019), “Social network interventions for health behaviours and outcomes: A systematic review and meta analysis”, *PLoS Med,* 16(9), https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002890

Moreno J.L., (1934), *Who shall survive?* Trad. Fse. : *Fondements de la sociométrie*, Paris, PUF, 1970.

Pearson M., Steglich C., Snijders T., (2006), “Homophily and assimilation among sportactive adolescent substance users”, *Connections*, 27(1), 47-63. www.insna.org/Connections-Web/Volume27-1/7.Pearson.pdf

Pescosolido B. (1992), “Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Helpl”, *American Journal of Sociology,* Volume 97, N° 4: 1096-1138

Perry B.L., Pescosolido B.A., (2010), “Functional specificity in discussion networks: The influence of general and problem-specific networks on health outcomes”, *Social Networks,* N° 32: 345-357

Rose G., (1985), “Sick individuals and sick populations”. *International Journal of Epidemiology*, n° 14: 32-8

Snijders T.A.B., (2017). “Stochastic Actor-Oriented Models for Network Dynamics”, *Annual Review of Statistics and Its Application*, N° 4: 343-363. http://dx.doi.org/10.1146/annurev-statistics-060116-054035

Sperber D., (1994), « L’étude anthropologique des représentations sociales : problèmes et perspectives », in D.Jodelet, *Les représentations sociales,* Paris PUF

Tazé S., (2008), « Etude des opinions partagées dans des situations relationnelles variées », *Bulletin de méthodologie sociologique,* N° 98 : 24-39 http://journals.openedition.org/bms/1793

Tazé S., (2007). La formation relationnelle des opinions. Etude des opinions des jeunes relatives au sida dans des situations d’hétérogénéité cognitive. Thèse en Sociologie. Université des Sciences et Technologie de Lille. https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00236974v1

Tazé S., Ferrand A. (2007), « Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux certitudes relationnelles » in *Sociologie Santé*, N° 26 : 31-48

http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00200380

Thierry A., (2007), « Les confidences : lieu d'échanges et de savoirs profanes sur le cancer », in *Sociologie Santé*, N° 26.

Tubaro P., Mounier L., (2014), "Sociability and support in online eating disorder communities: Evidence from personal networks", *Network Science*, 2 (1): 1–25

Valente T. W., (1995), Network models of the diffusion of innovations, Cresskill, Hampton Press.

Wellman, B., Wortley, S., (1989), "Brothers' keepers: situating kinship relations in broader networks of social support". *Sociological Perspectives,* N° 32: 273-306.

Wellman Beverly, (2000), 'Who do patients turn to when they have health problems? The networks of physician and CAM patients', in M. Kelner & B. Wellman (Eds.), *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*, London, Taylor & Francis: 143-161.

Wilkinson R., Pickett K., (2010), *The spirit level. Why equality is better for everyone*, Trad. française, *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris, Les Petits Matins, (2013)