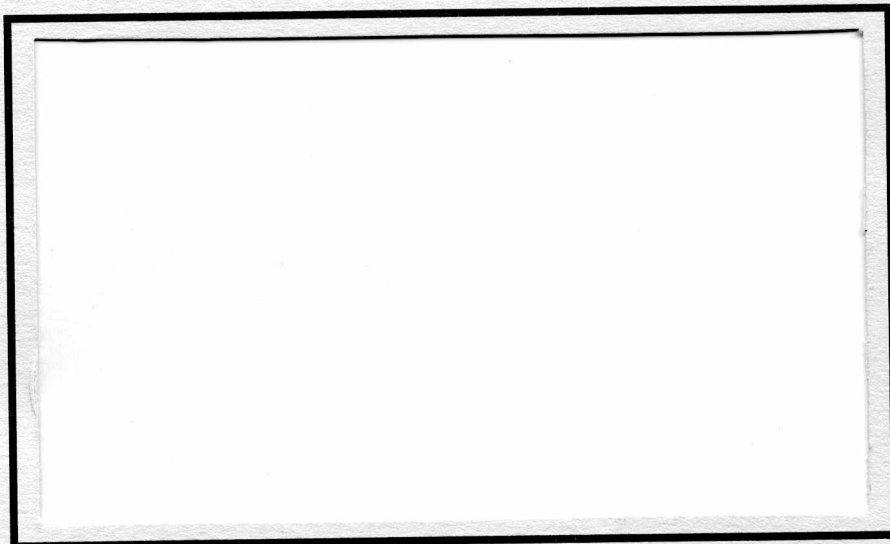


COLLECTION **DES** **RaPPORTS**

■



CRÉDOC

L'ENTREPRISE DE RECHERCHE



Janvier 1998

N° 185

LA PERCEPTION DE LA SANTÉ EN FRANCE

*Cette étude a été réalisée à la demande
du Haut Comité de Santé Publique*

Pierre Le Quéau
Christine Olm

Département Evaluation
des Politiques sociales

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
 I. La perception de l'état de santé a peu évolué, mais les inégalités s'accroissent....	13
<i>I.1. Un état de santé dans l'ensemble satisfaisant, mais qui dépend des conditions de vie</i>	<i>13</i>
I. 1. 1. En 1997 comme en 1992, les personnes interrogées se perçoivent en bonne santé.....	14
I. 1. 2. Les inégalités en matière de santé accompagnent les inégalités sociales.....	16
I. 1. 3. De 1992 à 1997 : un renforcement des inégalités dans les perceptions de la santé	21
<i>I.2. La perception de l'état de santé se construit selon une norme, qui en 1997, dépend plus des conditions de vie.....</i>	<i>22</i>
I. 2. 1. Pour une même perception de l'état de santé, la perte de fonctionnalité n'est pas la même pour tous.....	22
I. 2. 2. L'articulation entre pertes de fonctionnalité et perception de l'état de santé dépend des pathologies.....	24
I. 2. 3. En 1997 plus qu'en 1992, l'articulation entre état de santé et pertes de fonctionnalités dépend des conditions de vie.....	25
I. 2. 4. La perception de l'état de santé des habitants de sa région est plus objective	28
<i>I. 3. Une vision de la santé positive pour les personnes ayant les meilleures conditions de vie, négative pour celles confrontées à la maladie.</i>	<i>34</i>
I. 3. 1. En 1997, émergence des thèmes liés à la maladie et à la souffrance.....	34
I. 3. 2. La définition de la santé est négative pour les personnes ayant une expérience de la maladie, plutôt positive pour les autres	36
I. 3. 3. D'une santé élément de confort à une santé élément de survie : la définition de la santé est d'autant plus positive que les conditions de vie sont favorables	40
I.3.4. La définition de la santé ne dépend pas du sexe de la personne interrogée	
 II. Vers une approche "holistique" de la santé.....	47
<i>II. 1. Le modèle dominant de la prévention reste clairement celui de la responsabilisation individuelle</i>	<i>48</i>
II. 1. 1. La Santé : c'est l'affaire de chacun !	48
II. 1. 2. Le médecin amené à jouer un rôle croissant dans la prévention	52
<i>II. 2. La conscience du rôle des conditions de vie diminue le sentiment d'une responsabilité personnelle</i>	<i>56</i>
II. 2. 1. L'émergence des problèmes sociaux	56
II. 2. 2. Un modèle pluriel de la prévention.....	60

III Les attentes en matière de politique de santé.....	71
<i>III. 1. Quelle définition de la politique de santé ?.....</i>	<i>71</i>
III 1 1.En 1992 comme en 1997, la politique de santé ne doit pas être l'affaire du seul Ministère de la santé. De plus en plus, elle doit traiter de l'ensemble des problèmes.	72
III. 1. 2. Politique restrictive, politique sociale ou politique globale	75
III. 1. 3 Privilégier certaines régions : une demande peu fréquente qui ne dépend pas de la région de résidence.....	79
<i>III. 2. Des logiques différentes déterminées par les conditions de vie.....</i>	<i>84</i>
III. 2. 1. Les jeunes inactifs et les cadres : une forte cohérence dans l'appréhension de la santé	84
III. 2. 2. Les autres catégories se caractérisent par leur définition de la prévention, mais non par leurs options en matière de politique de santé	86
Conclusion	89
 Annexe 1 : Variables redressées	93
Annexe 2 : Questionnaire et tris à plat 1992 et 1997	99
Annexe 3 : Quelques tris croisés en fonction du sexe	117
Annexe 4 : Quelques tris croisés en fonction de l'âge.....	123
Annexe 5 : Redressements par âge.....	129

LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET CARTES

TABLEAUX

	Page
Tableau n°1 : Ce que permet leur état de santé aux Français.....	14
Tableau n°2 : Évolution de l'état de santé entre 1992 et 1997 selon la situation sociale	21
Tableau n°3 : Satisfaction relativement à son état de santé et éventuelle perte d'autonomie.....	23
Tableau n°4 : Comportement en matière de santé selon l'articulation entre perte de fonctionnalité et perception de l'état de santé.....	25
Tableau n°5 : La perception de l'état de santé des habitants de sa région par rapport à celui des habitants des autres régions en 1992 et 1997	29
Tableau n°6 : Définition de la santé - comparaison entre 1992 et 1997.....	35
Tableau n°7 : Évolution de la définition de la santé entre 1992 et 1997 par catégories	44
Tableau n°8 : Actions à mener pour améliorer l'état de santé	49
Tableau n°9 : Conceptions de la prévention.....	50
Tableau n°10 : Evolution des consultations chez un généraliste.....	54
Tableau n°11 : Les facteurs de la santé d'après les actifs (hors cadres) : pourcentages et évolution, selon l'état de santé.....	63
Tableau n°12 : Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) sur la responsabilité personnelle, selon l'état de santé.....	65
Tableau n°13 : Les facteurs de la santé selon les retraités : pourcentages et évolution, selon l'état de santé	67
Tableau n°14 : Evolution comparée de l'opinion des retraités sur la responsabilité personnelle, selon l'état de santé.....	69
Tableau n°15 : Taux de consultation des retraités, selon leur état de santé	69
Tableau n°16 : Les populations éventuellement privilégiées par la politique de santé	74
Tableau n°17 : L'opinion sur l'éventualité de régions à privilégier en 1992 et en 1997.....	80
Tableau n°18 : Choix d'accorder une priorité à certaines régions selon la définition de la politique de santé	81
Tableau n°19 : Niveau de mise en oeuvre de la politique de santé en 1992 et 1997.....	82
Tableau n°20 : La définition de la politique de santé et évolution pour les jeunes inactifs.....	85
Tableau n°21 : La définition de la politique de santé et évolution pour les cadres et autres catégories favorisées	85

GRAPHIQUES

Graphique n°1 :	La perception que les personnes interrogées ont de leur propre état de santé.....	15
Graphique n°2 :	Perception de l'état de santé et présence d'un handicap en fonction de l'âge.....	17
Graphique n°3 :	Perception de l'état de santé et éventuels handicaps selon la situation par rapport à l'emploi.....	18
Graphique n°4 :	Perception de l'état de santé et éventuels handicaps selon la PCS, pour les actifs occupés.....	19
Graphique n°5 :	Proportion de personnes se percevant en bonne santé bien qu'étant limitées par leur état de santé, selon l'âge.....	26
Graphique n°6 :	Proportion de personnes se percevant en bonne santé bien qu'étant limitées par leur état de santé, selon la situation par rapport à l'emploi.....	27
Graphique n°7 :	Perception de l'état de santé des habitants de sa région selon la région de résidence	30
Graphique n°8 :	La définition de la santé selon la perception de son propre état de santé	37
Graphique n°9 :	La perception de son état de santé selon les limitations dans la vie quotidienne	38
Graphique n°10 :	L'émergence des thèmes négatifs entre 1992 et 1997 selon la perception de l'état de santé.....	39
Graphique n°11 :	Une vision positive de la santé selon les conditions de vie.....	42
Graphique n°12 :	Une vision positive de la santé selon les conditions de vie.....	43
Graphique n°13 :	Evolution de la perception de la responsabilité individuelle	51
Graphique n°14 :	Evolution de la perception du rôle du médecin	52
Graphique n°15 :	Evolution de la nécessité perçue d'augmenter le nombre de médecins	53
Graphique n°16 :	Comparaison du rôle perçu du médecin et de la consultation dans la prévention.....	55
Graphique n°17 :	Evolution du rôle perçu des conditions de vie.....	57
Graphique n°18 :	Evolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des Français sur le rôle du chômage	58
Graphique n°19 :	Evolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des Français sur le rôle du manque d'argent	58
Graphique n°20 :	Evolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des Français sur la responsabilité personnelle	60
Graphique n°21 :	Comparaison des réponses sur le rôle joué par les conditions de vie entre actifs (hors cadres), selon leur état de santé.....	61
Graphique n°22 :	Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) et de l'ensemble des Français sur le rôle du chômage , selon l'état de santé	64
Graphique n°23 :	Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) et de l'ensemble des Français sur le rôle du manque d'argent , selon l'état de santé.....	64

Graphique n°24 :	Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) sur la responsabilité personnelle, selon l'état de santé.....	66
Graphique n°25 :	La définition de la politique de santé en 1992 et en 1997.....	73
Graphique n°26 :	Définition de la prévention selon les ministères concernés par la politique de santé.....	76
Graphique n°27 :	Définition de la politique de santé selon l'existence de groupes devant être privilégiés par la politique de santé.....	77
Graphique n°28 :	La définition de la politique de santé, en 1992 et 1997.....	78
Graphique n°29 :	Le niveau de mise en oeuvre en fonction des souhaits en matière de politique de santé.....	83
Graphique n°30 :	La définition de la politique de santé pour les actifs hors cadres et les retraités, en 1992 et en 1997.....	86

CARTES

Carte n°1 :	La proportion de personnes qui pensent que dans leur région, les gens sont plus malades qu'ailleurs selon la région de résidence.....	32
Carte n°2 :	Le taux de mortalité corrigé par la structure par âge selon les régions.....	33

INTRODUCTION

1. Les principaux enseignements de l'étude

Pour la seconde fois, le Haut Comité de Santé Publique a demandé au CRÉDOC de réaliser une enquête auprès du grand public afin de mesurer ses perceptions en matière de santé, et ses attentes en ce qui concerne une politique de santé publique. Comme la précédente, réalisée en 1992, cette étude s'inscrit donc dans le cadre des travaux du Haut Comité destinés à contribuer à "la définition des objectifs de la santé publique". Cependant, grâce aux nombreux thèmes qu'elle permet d'aborder, cette enquête déborde assez largement ce cadre, et permet de faire le point sur le contexte, le cadre global de la "réception" des événements et des décisions qui interviennent dans le vaste champ de la santé publique.

Car c'est bien le parti pris par le Haut Comité de Santé public en mettant au point le questionnaire de cette enquête avec le CRÉDOC de ne pas dissocier la problématique de la santé d'autres axes de questionnements, comme ceux qui relèvent de l'emploi et de la précarité, et des conditions de logement, de travail, de transport, etc.

Or c'est là une approche manifestement payante, en ce sens qu'elle « correspond » bien à la manière dont le public appréhende la santé. Car si des évolutions peuvent être mesurées par rapport à l'enquête de 1992, elles concernent en premier lieu précisément cette interaction entre la perception de la santé (celle des personnes interrogées et celle des personnes qui les entourent, plus ou moins directement) et les conditions de vie.

Le sens commun, autrement dit, ne fait pas de la santé une chose "à part", déconnectée de l'expérience quotidienne. Mieux, il apparaît très clairement que la dégradation des rapports sociaux, induite par la montée du chômage et la précarisation des conditions de vie, est désormais, dans l'esprit du plus grand nombre des personnes interrogées, une dimension constitutive de l'état de santé.

Le premier enseignement de cette étude tient donc dans la prise de conscience de l'accroissement des inégalités sociales et de l'impact qu'elles ne peuvent manquer d'avoir sur l'état de santé global des Français. La mesure des inégalités peut être appréhendée de deux façons complémentaires. D'une part les réponses concernant la perception de son propre état

de santé recourent, mutatis mutandis, les principales tendances objectivées par les travaux statistiques d'une plus grande ampleur menés au cours de ces quinze dernières années. C'est le commentaire de ces données qui fait l'objet du premier chapitre de ce rapport d'étude.

D'autre part, et plus directement, l'évolution la plus sensible qui peut être mesurée depuis la dernière enquête, consiste bien à constater la place qu'accordent désormais les Français aux conditions de vie dans la détermination de l'état de santé. C'est ce dont parlera principalement le second chapitre en abordant déjà la problématique de la prévention.

Car, dès lors, c'est bien la conception tout entière de ce que pourrait être une politique de santé qui s'en trouve pour le moins affectée. La santé, pour résumer la thèse qu'on peut soutenir au vu des résultats de cette étude, est de moins en moins l'affaire de l'institution médicale stricto sensu, et de plus en plus une affaire impliquant diverses institutions dont le rôle est d'apporter des réponses dans la prise en charge des problèmes sociaux, particulièrement. Il est donc évident que la politique sanitaire, dans l'esprit du public, doit inscrire son action très en amont des dispositifs de prise en charge de la maladie, au sens large, pour contribuer à produire les conditions, le cadre d'une bonne santé.

Cette approche globale et globalisante de la santé ne se limite d'ailleurs pas à la seule prise en compte des problèmes sociaux les plus cruciaux, car tous les indicateurs qui traduisent une préoccupation "écologique" restent relativement importants. Une des tendances identifiées en 1992, selon laquelle les Français appréhendent leur santé dans une relation d'interdépendance avec l'ensemble des conditions, environnementales et sociales, qu'ils sont amenés à vivre. Cette tendance s'accroît sensiblement en 1997. Or cela ne laisse pas de nous interroger sur la manière dont les institutions, sanitaires et sociales notamment, appréhendent elles-mêmes bien souvent cette problématique, en adoptant une logique contraire qui repose sur la séparation et la disjonction.

2. La méthode

Pour permettre la comparaison des résultats de cette enquête à ceux de la vague précédente, nous avons soumis notre questionnaire à un échantillon national représentatif de Français dans des conditions méthodologiques très comparables à ce qu'elles étaient en 1992. Le questionnaire, lui-même, n'a été que très marginalement modifié : en 1997, ont été ajoutés deux items, et deux questions supplémentaires. La structure du questionnaire est donc la même qu'en 1992, ainsi que les différents thèmes successivement abordés :

- la perception par les Français de leur propre état de santé,
- la perception qu'ont les Français de l'état de santé de la population française
- la représentation de ce que pourrait être une politique de santé.

Le questionnaire est présenté en annexe.

En 1997, ont par contre été supprimées les études régionales qui avaient été effectuées en 1992.

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés au CRÉDOC au cours du mois d'octobre 1997. 2017 personnes âgées de plus de 20 ans et représentatives de la population française ont été interrogées.

L'échantillon a été redressé sur les PCS, l'âge, la taille de la commune de résidence, la région de résidence et le sexe. Ces cinq variables ont fait l'objet de quotas durant l'interrogation¹. Les poids accordés sont donc faibles (entre 0,8 et 1,3). Les variables redressées sont présentées en annexe, ainsi que les tris à plat des deux vagues d'enquête.

Pour effectuer une comparaison fine des résultats obtenus en 1997 avec ceux obtenus en 1992, nous avons appliqué les mêmes traitements statistiques aux deux vagues de l'enquête. Nous avons alors redressé l'échantillon 1992 sur les mêmes variables. En 1992, le redressement n'avait pas été effectué sur la taille d'agglomération. Les poids accordés lors de ce traitement statistique ne sont donc pas exactement ceux qui avaient été retenus il y a cinq ans. Les différences sont cependant très faibles (au plus de l'ordre du 1%).

¹ Source de cadrage utilisée : la même qu'en 1992. Le recensement de la population de 1990, France métropolitaine et régions. Résultats du sondage au vingtième, INSEE Résultats, 1992.

I. LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ A PEU ÉVOLUÉ, MAIS LES INÉGALITÉS S'ACCENTUENT.

S'appuyant sur les chiffres fournis par l'INSERM et l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux ², et au vu « des indicateurs synthétiques que sont l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité », le SESI fait le constat d'une population Française en bonne santé et de la persistance des inégalités sociales. De plus, note l'auteur, « certains groupes de population sont en voie de fragilisation ». ³

En étudiant la perception que les Français ont de leur propre état de santé, notre enquête conduit à des conclusions semblables : les personnes interrogées sont satisfaites de leur état de santé, mais cette satisfaction globale s'accompagne de situations pour le moins différenciées selon les catégories sociales. En outre, les écarts entre les différentes catégories sociales semblent s'être creusés entre 1992 et 1997.

Au-delà de ces différences entre la perception des états de santé, les disparités sociales s'accompagnent de divergences dans la définition même de la santé. Les personnes les plus défavorisées définissent la santé à l'aide de termes négatifs : pour elles, la santé signifie souvent en effet « ne pas être malade », « ne pas souffrir », Les personnes plus favorisées en revanche, ou celles qui sont les plus jeunes, se montrent exigeantes sur le niveau de santé. Plus que pour les autres, elle est un élément constitutif de leur volonté d'épanouissement et d'autonomie.

I.1. Un état de santé dans l'ensemble satisfaisant, mais qui dépend des conditions de vie

En général, les Français ne se plaignent pas de leur état de santé. La plupart d'entre eux le juge d'ailleurs satisfaisant, voire très satisfaisant. Cependant, derrière cette impression globale, se cachent des situations différentes en fonction de l'âge bien sûr, mais également de la catégorie sociale. Il est alors étonnant de constater que les indicateurs subjectifs utilisés dans

² Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux - INSEE, CNAMTS, CREDES, MIRE, SESI.

³ Gérard BADÉYAN : « état de santé en France : un bilan contrasté », *Solidarité Santé*, n°2 avril-juin 1997.

cette enquête correspondent sur ce point aux résultats fournis par des indicateurs plus objectifs.

Si l'état de santé des personnes interrogées a peu évolué entre 1992 et 1997, les inégalités en revanche se sont légèrement accrues.

I. 1. 1. En 1997 comme en 1992, les personnes interrogées se perçoivent en bonne santé

Bien que minoritaire, un nombre conséquent de personnes s'estime gêné dans la vie quotidienne par son état de santé. Cette gêne peut aller de la nécessité à surveiller son alimentation et sa pratique sportive, à la présence de handicaps assez importants pour limiter les personnes concernées dans leurs déplacements. Malgré la présence, pour certains, de telles limitations, les Français restent dans leur grande majorité satisfaits de leur état de santé.

Le quart des personnes interrogées dit ainsi que son état de santé ne lui permet pas de tout faire dans son logement, le quart également, déclare être limité pour effectuer des déplacements à l'extérieur du domicile. Les personnes interrogées sont un peu plus nombreuses à devoir surveiller leur alimentation (c'est le cas pour le tiers des personnes interrogées), ou à être limitées dans leurs pratiques sportives (un peu plus de la moitié ne peuvent pratiquer tous les sports).

Tableau n°1 :
Ce que permet leur état de santé aux Français

	Votre état de santé vous permet-il de faire ce que vous voulez :			
	dans vos déplacements dans votre logement	dans vos déplacements à l'extérieur de chez vous	de manger ce que vous voulez	de faire du sport
tout	77	73	64	47
pas tout	23	27	36	51
ne sait pas	0	0	0	2
total	100	100	100	100

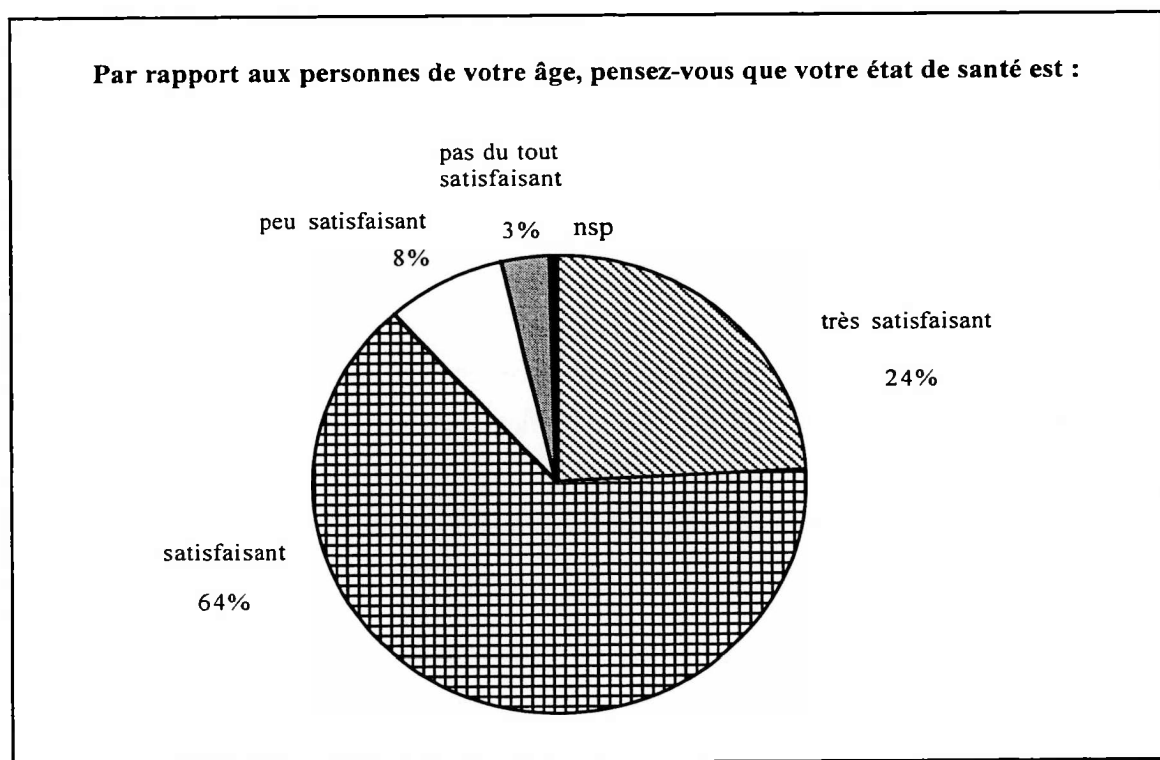
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Finalement, seul le tiers des personnes interrogées n'est pas limité par son état de santé, le tiers n'est limité que sur le sport et l'alimentation. Le tiers restant subit des contraintes plus

importantes, dans la mesure où il déclare ne pas pouvoir tout faire à l'intérieur de son domicile ou être limité dans ses déplacements. Ces chiffres n'ont pas varié entre 1992 et 1997.

Bien que fréquemment contraintes, à un degré ou à un autre, par leur état de santé, les personnes interrogées le jugent normal pour leur âge. Lorsqu'elles le comparent à celui des personnes de leur âge, les deux tiers d'entre elles sont satisfaites, le quart est même très satisfait. Seule une minorité (10%) juge son état de santé peu ou pas du tout satisfaisant par rapport à celui des personnes de leur âge.

Graphique n°1 :
La perception que les personnes interrogées ont de leur propre état de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Ces chiffres n'ont pas évolué depuis 1992. Le rapport du CRÉDOC rédigé à cette date indiquait déjà que « cette perception subjective d'un état de santé personnel est restée remarquablement stable au cours des dix dernières années, alors que la médiatisation des questions de santé s'est amplifiée et modifiée et la consommation médicale a progressé au rythme élevé que l'on connaît ». Les chiffres issus de l'étude 1997 confirment ainsi la grande stabilité des perceptions globales de l'état de santé.

I. 1. 2. Les inégalités en matière de santé accompagnent les inégalités sociales

Si l'état de santé des personnes interrogées est ainsi perçu satisfaisant, le propos doit être nuancé selon les catégories sociales.

De nombreuses études montrent l'influence que le milieu social entretient sur l'état de santé. En s'appuyant sur les données de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, (INSEE, 1991-1992), T. Lecomte, A. Mizrahi et A. Mizrahi ⁴, ont construit un indicateur de vulnérabilité médicale⁵. Au vu de cet indicateur, la vulnérabilité médicale dépend beaucoup de l'âge. Les femmes se montrent aussi un peu plus vulnérables, médicalement, que les hommes. Les chômeurs le sont par rapport aux actifs, de même que les bas revenus en comparaison des revenus plus élevés. Ce sont les ouvriers non qualifiés qui sont les plus vulnérables médicalement, suivis par les employés, les exploitants agricoles et les professions intermédiaires. Les indépendants et les cadres supérieurs présentent une très faible vulnérabilité médicale.

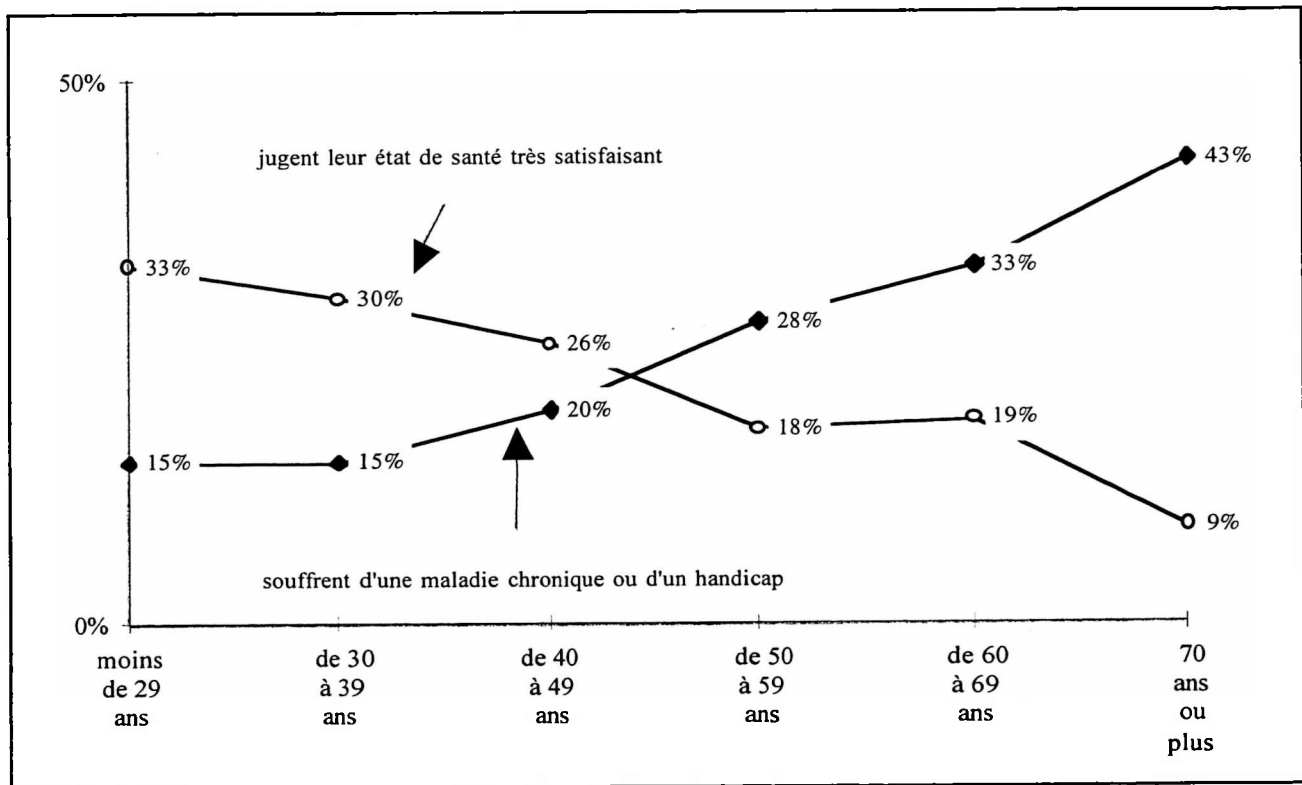
Dans notre étude, l'état de santé des personnes interrogées est appréhendé uniquement par leurs déclarations, et non par des données plus objectives comme celles recueillies lors de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux. Cependant, la perception que les personnes interrogées ont de leur état de santé, les limitations qu'elles déclarent avoir, ainsi que les handicaps ou maladies chroniques dont elles disent souffrir dépendent également du milieu social et de l'âge.

Ainsi, la perception de l'état de santé, la présence éventuelle d'un handicap ou d'une infirmité dépendent dans une très grande mesure de l'âge de la personne interrogée : seules 9% des personnes de 70 ans ou plus jugent leur état de santé très satisfaisant, alors que 33% des moins de 30 ans sont dans ce cas. 15% des répondants de cette tranche d'âge souffrent d'un handicap ou d'une maladie chronique, ce qui est le cas de 43% des personnes âgées de 70 ans ou plus.

⁴ *Précarité sociale, cumuls des risques sociaux et médicaux*, CREDES, n° 1129, Paris 1996/06.

⁵ Cet indicateur a été construit à partir d'informations sur l'existence d'un handicap, celle d'une maladie invalidante et la perception que les médecins ont eu de l'état de santé des enquêtés.

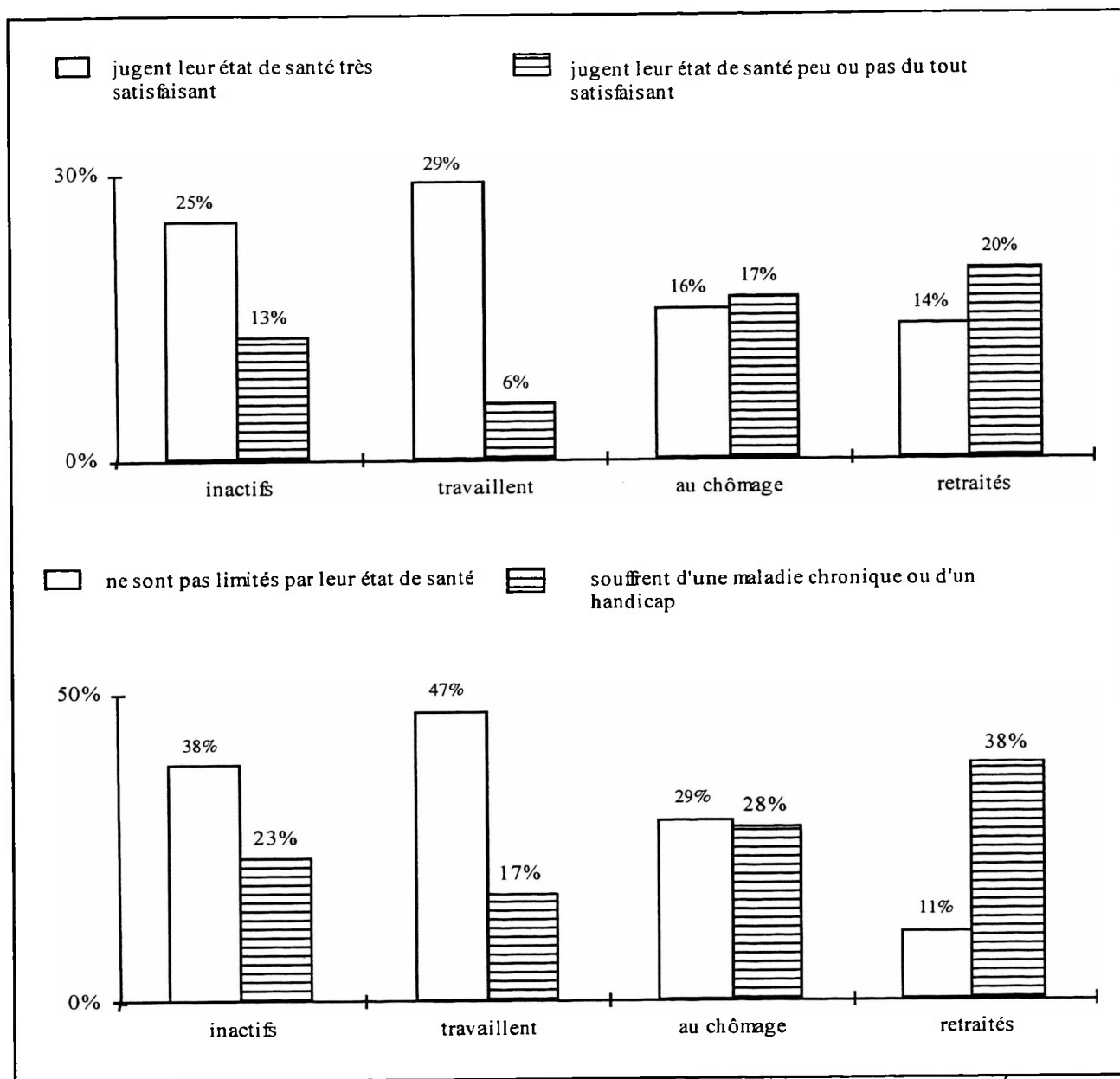
Graphique n°2 :
Perception de l'état de santé et présence d'un handicap en fonction de l'âge



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Les personnes qui travaillent et les autres inactifs (les étudiants et les femmes au foyer), sont plus nombreux que les chômeurs et les retraités à être satisfaits de leur état de santé. Les retraités, mais aussi les chômeurs, sont plus nombreux notamment que les personnes qui occupent un emploi à souffrir d'une infirmité ou d'un handicap, moins nombreux à ne pas être limités par leur état de santé.

Graphique n°3 :
Perception de l'état de santé et éventuels handicaps
selon la situation par rapport à l'emploi



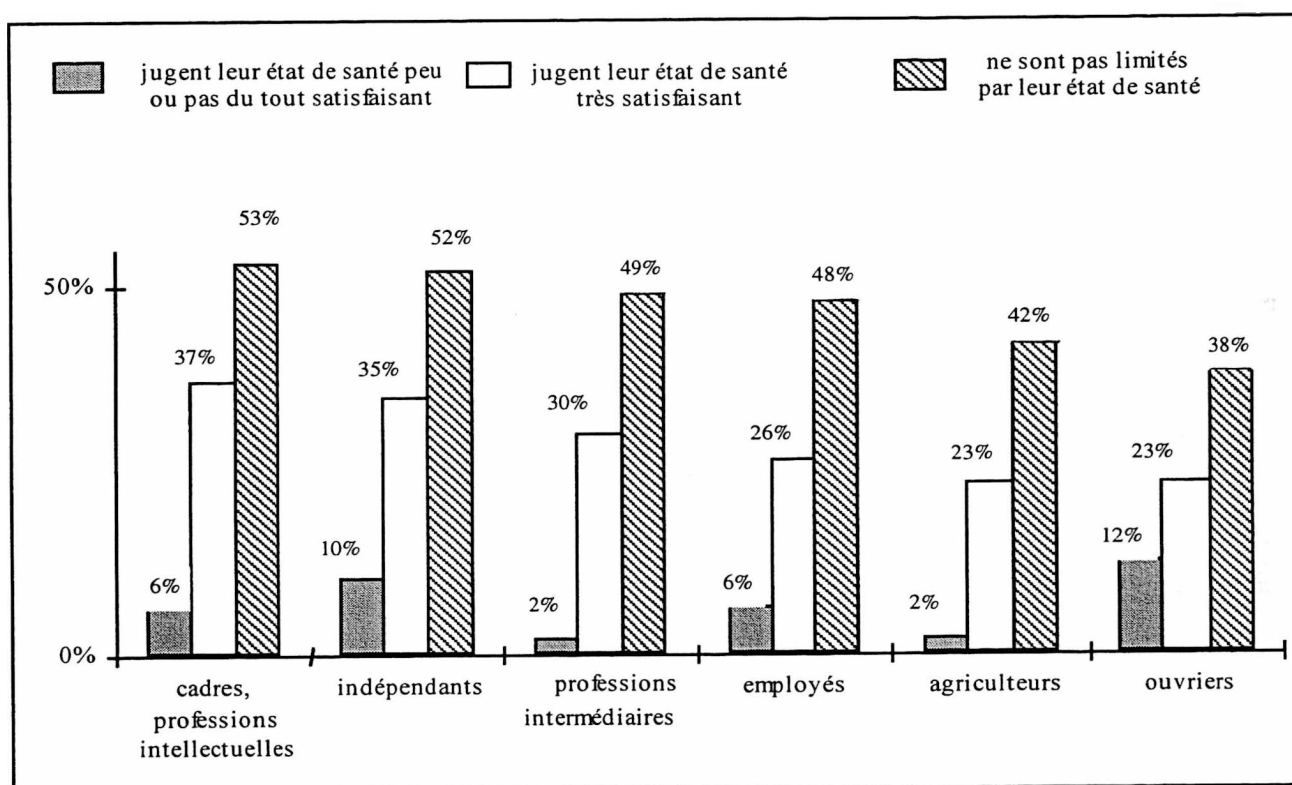
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Remarque : On vérifie en annexes qu'à structure d'âge équivalente (hors retraités) les différences constatées persistent.

Parmi les personnes en activité, ce sont les ouvriers qui sont à la fois les moins nombreux à juger leur état de santé très satisfaisant par rapport à celui des autres personnes de leur âge (seul le quart d'entre eux est dans ce cas), et les plus nombreux à l'estimer peu ou pas du tout satisfaisant. Les agriculteurs et les employés sont aussi peu nombreux à être très satisfaits, mais sont moins nombreux que les ouvriers à ne pas l'être. Les cadres, les artisans et les

professions intermédiaires ont une perception proche de leur état de santé : environ le tiers des personnes appartenant à ces catégories déclare être très satisfait. Les ouvriers et les agriculteurs sont également moins nombreux à ne pas être limités par leur état de santé que les employés et les professions intermédiaires, mais surtout que les cadres et les artisans. Finalement, en tenant compte de ces différents indicateurs, il apparaît effectivement que les cadres et les indépendants semblent être les plus nombreux à bénéficier d'une bonne santé, suivis des professions intermédiaires et des employés, puis des agriculteurs et des ouvriers.

Graphique n°4 :
Perception de l'état de santé et éventuels handicaps
selon la PCS, pour les actifs occupés



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Remarque : On vérifie là aussi qu'à structure d'âge égale, les différences constatées demeurent.

L'état de santé dépend également du revenu : ainsi, 13% des personnes interrogées vivant dans un foyer dont le revenu mensuel n'excède pas 4000 Francs jugent leur état de santé très satisfaisant, 22% ne sont pas limitées par leur état de santé, alors que 33% des personnes interrogées dont le revenu est supérieur à 15000 francs s'estiment en très bonne santé, 46% ne sont pas limitées par leur état de santé.

Enfin, la rupture familiale a une influence importante sur la perception de l'état de santé. Ainsi, les personnes divorcées, séparées ou veuves sont moins nombreuses à se percevoir en très bonne santé que les personnes célibataires ou que les personnes vivant en couple : 25% des personnes vivant avec quelqu'un se perçoivent en très bonne santé, de même que 28% des célibataires, alors que 19% des gens ayant divorcé, 12% des veufs ont ce degré de satisfaction. Certes, les célibataires sont plus nombreux parmi les personnes les plus jeunes. Cependant, à tranche d'âge égale, ils restent aussi nombreux que les personnes ne vivant pas seules à être très satisfaits de leur état de santé. Plus que la solitude en elle-même, c'est donc la rupture dans le mode de vie qui semble être responsable d'une moins bonne perception de son état de santé.

Par contre, alors que les auteurs du rapport du CREDES avaient relevé un faible lien entre la vulnérabilité médicale et le sexe, les réponses des hommes relatives à l'état de santé ne se différencient pas ici de celles des femmes⁶.

S'il existe un lien indéniable entre les déterminants sociaux et l'état de santé, qu'il soit perçu comme c'est le cas dans cette étude, ou mesuré comme c'est le cas pour l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, ce lien est difficile à expliquer. T. Lecomte, A. Mizrahi et A. Mizrahi (op. cit.) soulignent d'ailleurs la difficulté d'établir des relations de causalité entre la précarité sociale et les risques médicaux. C. Herzlich⁷ et P. Adam, sans se prononcer sur le sens de la causalité, recensent plusieurs facteurs explicatifs. Ils soulignent notamment les risques liés à l'exercice de l'activité professionnelle, qui proviennent à la fois de l'usure au travail, mais aussi du rythme de travail (durée de travail hebdomadaire, travail à la chaîne, travail de nuit) et de sa pénibilité (environnement de travail, caractère physique de certaines tâches). A ces risques, viennent s'ajouter des comportements différents selon les catégories sociales. G. Desplanques⁸ note ainsi un risque plus important de tumeurs lié à la consommation d'alcool et de tabac chez les ouvriers. Les comportements des différentes catégories sociales se différencient également par leur recours aux soins. Comme le soulignent les auteurs du CREDES, déterminer le sens des causalités nécessiterait de travailler sur les trajectoires à partir de données longitudinales.

⁶ Le croisement des réponses selon le sexe est présenté en annexe.

⁷ C. HERZLICH et P. ADAM : *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, Collection 128, 1994.

⁸ G. DESPLANQUES, « l'inégalité sociale devant la mort », INSEE, *Données sociales*, 1993.

I. 1. 3. De 1992 à 1997 : un renforcement des inégalités dans les perceptions de la santé

Depuis cinq ans, les inégalités dans les perceptions de la santé se sont accrues. Ainsi, les cadres de même que les personnes ayant un revenu élevé se perçoivent en meilleure santé qu'en 1992, alors que les ouvriers, mais aussi les retraités, sont plus nombreux qu'il y a cinq ans à ne pas être satisfaits de leur état de santé et, dans le cas des ouvriers, à se percevoir limités.

En 1992, on avait déjà pu constater que l'état de santé dépendait de la condition sociale. En cinq ans, l'influence de la catégorie socio-professionnelle, du revenu et de la situation par rapport à l'emploi s'est accentuée. Ainsi, en 1997, les ouvriers semblent se percevoir en moins bonne santé qu'en 1992 dans la mesure où ils sont plus nombreux à se dire limités par leur état de santé, alors que l'état de santé des catégories favorisées, comme les cadres et les professions intermédiaires, s'est amélioré entre les deux dates. Les chômeurs se déclaraient également moins limités par leur état de santé en 1992 qu'en 1997. Enfin la différence d'état de santé entre les revenus les plus bas et les plus élevés était moindre.

Tableau n°2 :
Évolution de l'état de santé entre 1992 et 1997 selon la situation sociale

Proportion de personnes non limitées par leur état de santé :	en 1992	en 1997	différence entre 1992 et 1997
actifs occupés dont	45	47	+2
Cadres et professions intellectuelles	48	53	+5
indépendants	37	52	+15
ouvriers	49	38	-11
chômeurs	41	29	-12
inactifs	38	38	0
retraités	10	11	+1
revenus inférieurs à 4000 francs	30	22	-8
revenus supérieurs à 15000 francs	40	46	+6

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Remarque : On vérifie en annexe qu'à structure d'âge égale, les différences d'évolution persistent.

Les inégalités en matière de santé semblent ainsi s'être accrues sur les cinq dernières années, dans la mesure où les catégories les plus défavorisées à la fois socialement et sur le plan de la santé ont vu leur état de santé se détériorer entre 1992 et 1997. Ce résultat vient prolonger l'évolution constatée par G. Desplanques⁹. S'intéressant aux disparités en termes d'espérance de vie entre les catégories sociales, il montre que si, « au cours de la période 1960-1969, le classement des catégories était à peu près le même (...), le fossé s'est légèrement creusé (...). Le gain d'espérance de vie à 35 ans a été de 3,0 ans pour les cadres moyens, de 2,8 ans pour l'ensemble des ouvriers, mineurs et marins-pêcheurs exclus ».

I.2. La perception de l'état de santé se construit selon une norme, qui en 1997, dépend plus des conditions de vie.

De nombreux auteurs ont insisté sur le fait que la santé est plus qu'un concept cerné par la médecine, qu'un ensemble de symptômes renvoyant à une réalité objective. C'est aussi une construction sociale. On peut citer par exemple C. Herzlich et M. Mauge¹⁰, pour lesquels « La maladie constitue bien une forme élémentaire de l'événement, en ce sens que ses manifestations biologiques s'inscrivent sur le corps de l'individu, mais font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale ».

Lorsque l'on interroge les Français sur leur état de santé, leurs réponses sont ainsi différentes selon ce qu'est pour eux la norme en matière de santé. Notamment, pour une même altération de leur état physique, traduite par une perte de fonctionnalités, ils n'auront pas tous la même satisfaction relativement à leur état de santé.

I. 2. 1. Pour une même perception de l'état de santé, la perte de fonctionnalité n'est pas la même pour tous.

Logiquement, le degré de satisfaction envers son propre état de santé dépend des actes que cet état permet d'accomplir. Les personnes interrogées sont d'autant plus nombreuses à être très satisfaites de leur état de santé qu'elles sont peu limitées. Cependant, cette liaison est moins importante que l'on pourrait le supposer : il existe un nombre non négligeable de personnes qui à la fois s'estiment satisfaites de leur état de santé et sont limitées dans leur vie

⁹ G. DESPLANQUES, *op. Cit.* p.20.

¹⁰ C. HERZLICH et M. MAUGE : *Le sens du mal*, ed. des Archives contemporaines, 1984.

quotidienne, ainsi que de personnes qui sont peu ou pas restreintes mais qui se perçoivent plutôt en mauvaise santé.

Finalement, le tiers des personnes interrogées est très satisfait ou satisfait de son état de santé, et ne subit pas de limitation, le tiers également a ce degré de satisfaction et est faiblement limité, le quart des personnes interrogées est satisfait de son état de santé bien qu'étant très limité. Parmi les répondants, une très faible proportion n'est pas satisfaite de son état de santé bien que n'étant que peu ou pas limitée, une proportion un peu plus importante est très limitée et se juge effectivement en mauvaise santé. Ces chiffres n'ont pas varié entre 1992 et 1997.

Tableau n°3 :
Satisfaction relativement à son état de santé et éventuelle perte d'autonomie

	en 1992	en 1997
est très satisfait ou satisfait de son état de santé et n'est pas limité	34	36
est très satisfait ou satisfait de son état de santé et n'est limité que sur le sport et l'alimentation	32	31
est très satisfait ou satisfait de son état de santé et est très limité	19	22
n'est pas satisfait de son état de santé, mais n'est que faiblement limité	4	2
n'est pas satisfait de son état de santé et est très limité	10	9
total	100	100

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Pour une même limitation, la perception de l'état de santé diffère ainsi d'une personne à l'autre. Ces différences proviennent certes, nous le verrons, en partie des pathologies dont souffrent les personnes interrogées. Il est notamment possible d'être atteint d'une maladie sans être limité par cette maladie. Cependant, elles montrent également l'existence d'une norme par rapport à laquelle les personnes définissent leur état de santé. Une santé « normale », pour certaines personnes, s'accommode de handicaps dans la vie quotidienne, alors que pour d'autres, les mêmes limitations sont synonymes de mauvaise santé.

1. 2. 2. L'articulation entre pertes de fonctionnalité et perception de l'état de santé dépend des pathologies.

Indépendamment de l'aspect normatif, l'articulation entre perte de fonctionnalités et mauvaise santé dépend de la pathologie présentée par la personne interrogée. Une mauvaise santé ne se réduit pas nécessairement à une perte de fonctionnalités, mais peut avoir d'autres conséquences.

Parmi les personnes qui sont limitées par leur état de santé, celles qui se perçoivent en bonne santé ont moins fréquemment que celles qui se perçoivent en mauvaise santé consulté un médecin dans les trois derniers mois, que ce soit un généraliste ou un spécialiste. Elles ont également moins souvent été hospitalisées : les trois quarts des personnes qui sont limitées dans leurs déplacements mais qui se perçoivent en bonne santé ont consulté ou ont été hospitalisées dans les trois derniers mois, alors que 90% des personnes limitées par leur état de santé et qui se perçoivent en mauvaise santé ont eu un tel contact avec le monde médical. Ces dernières sont également plus nombreuses à déclarer souffrir d'un handicap ou d'une maladie chronique.

Parmi les personnes qui se perçoivent en mauvaise santé, celles qui ne sont pas limitées par leur état de santé ont eu plus fréquemment recours au spécialiste dans les trois derniers mois que celles qui sont très limitées par leur état de santé, mais sont beaucoup moins nombreuses à souffrir d'une infirmité ou d'une maladie chronique. Les personnes qui se perçoivent en mauvaise santé sans être limitées par leur état de santé semblent souffrir d'une maladie ponctuelle ayant nécessité le recours au médecin mais n'ayant pas entraîné de handicaps à moyen terme.

Enfin, les personnes qui se perçoivent en mauvaise santé sans être limitées par leur état de santé sont beaucoup plus nombreuses que celles qui se perçoivent en bonne santé sans être limitées par leur état de santé à avoir consulté dans les trois derniers mois, ou à avoir été hospitalisées.

Tableau n°4 :
Comportement en matière de santé
selon l'articulation entre perte de fonctionnalité et perception de l'état de santé
(%)

limitations par l'état de santé :	Trouve son état de santé très satisfaisant ou satisfaisant			trouve son état de santé peu ou pas du tout satisfaisant	
	aucune	sur le sport ou l'alimentation	dans les déplacements	aucune, ou sur le sport et l'alimentation	dans les déplacements
n'a pas consulté dans les trois derniers mois	41	31	23	11	10
a consulté un généraliste	51	60	72	80	85
a consulté un spécialiste	29	32	39	67	56
a été hospitalisé	6	7	9	21	21
souffre d'un handicap ou d'une maladie chronique	8	18	32	45	73

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Ainsi, les personnes qui se perçoivent en bonne santé mais qui sont limitées dans leur vie quotidienne par leur état de santé semblent souffrir d'un handicap, mais moins important que celui des personnes qui, pour une même perte d'autonomie, ne sont pas satisfaites de leur état de santé. Les personnes qui ne sont pas limitées mais qui ne sont pas satisfaites de leur santé semblent souffrir d'une maladie ponctuelle plus que d'une maladie chronique.

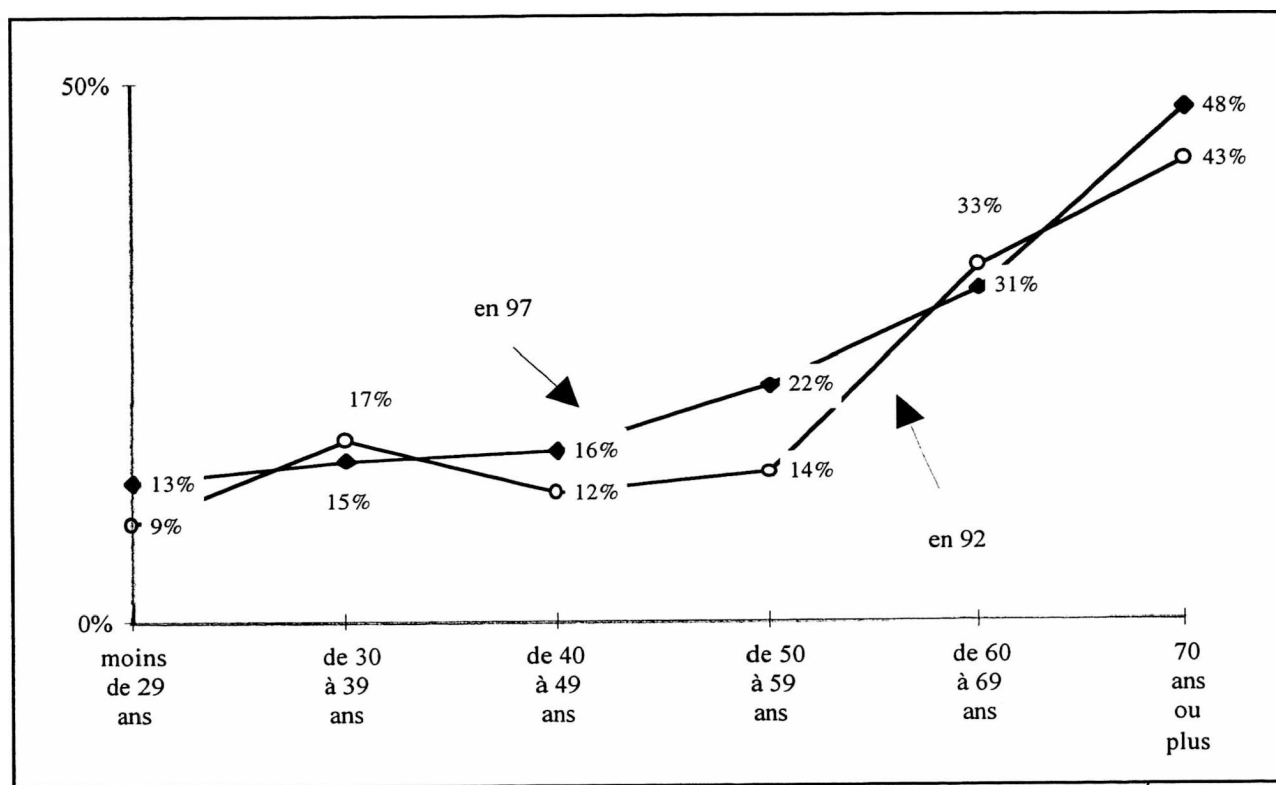
1. 2. 3 .En 1997 plus qu'en 1992, l'articulation entre état de santé et pertes de fonctionnalités dépend des conditions de vie.

Pour G. Canguilhem « c'est au delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour le corps même ».¹¹ Une même altération du fonctionnement du corps humain peut ainsi être considérée comme normale par certaines personnes, et anormale par d'autres. La définition de ce qu'est la bonne santé renvoie à un état organique différent en particulier selon l'âge, mais aussi selon la catégorie sociale.

¹¹ G. CANGUILHEM : *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.

En 1992 comme en 1997, les personnes qui se perçoivent en bonne santé malgré une perte de fonctionnalité élevée sont ainsi d'autant plus nombreuses qu'elles sont âgées. En 1997, 13% des personnes de moins de 30 ans se perçoivent en bonne santé bien qu'étant limitées par leur état de santé, alors qu'elles sont 43% dans ce cas parmi les plus de 70 ans. En 1992 comme en 1997, c'est à partir de 50-59 ans que la proportion de personnes se percevant en bonne santé malgré une perte de fonctionnalité augmente fortement. L'augmentation semble être plus forte en 1992 qu'en 1997.

Graphique n°5 :
Proportion de personnes se percevant en bonne santé bien qu'étant limitées
par leur état de santé, selon l'âge



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Ce constat peut s'expliquer de deux manières différentes. D'une part, les pathologies dont souffrent les personnes jeunes sont différentes de celles des personnes plus âgées. Lorsqu'elles sont en mauvaise santé, les personnes de moins de 50 ans souffriront moins que les personnes plus âgées de maladie chronique, ou de pathologie ayant pour conséquence des handicaps sévères. D'autre part, les personnes les plus jeunes auront tendance à avoir une définition de la santé plus exigeante que les personnes plus âgées : pour une même altération de la santé, (qui, rappelons-le, n'est mesurée ici que par les handicaps ressentis dans la vie quotidienne), les personnes les plus jeunes auront tendance à se percevoir en moins bonne

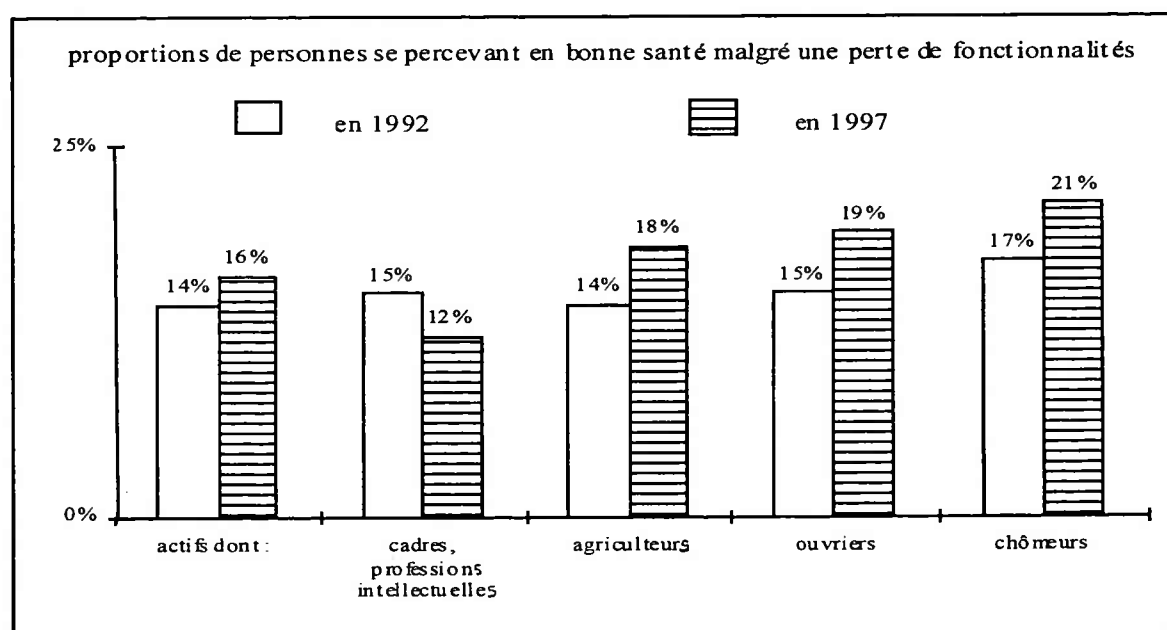
santé que les personnes plus âgées. Pour ces dernières, une bonne santé peut parfaitement s'accommoder de certains dysfonctionnements, considérés comme « normaux » pour des personnes de cet âge. On vérifie notamment que, parmi les personnes qui souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap, comme parmi celles qui ne présentent pas une telle pathologie, les personnes de plus de 50 ans restent plus nombreuses que les autres à se percevoir en bonne santé bien qu'elles soient limitées par leur état de santé.

En 1997, on compte également plus de personnes se percevant en bonne santé malgré une perte de fonctionnalité parmi les ouvriers, les agriculteurs et les chômeurs, que parmi les cadres. Ainsi, 16% des actifs occupés, 12% des cadres sont dans ce cas, alors que 19% des ouvriers, 21% des chômeurs se perçoivent en bonne santé malgré une perte de fonctionnalité.

La norme selon laquelle se définit l'état de santé dépend donc également de la catégorie sociale. Ce résultat n'apparaissait pas en 1992.

Graphique n°6 :

Proportion de personnes se percevant en bonne santé bien qu'étant limitées par leur état de santé, selon la situation par rapport à l'emploi



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

L'exigence relativement à la définition de la santé est ainsi liée à la catégorie sociale. Les ouvriers, les agriculteurs et surtout les chômeurs se montrent ainsi moins exigeants en matière de santé que les cadres. Cet effet de la catégorie sociale apparaît en 1997, n'existait pas en 1992.

Il est confirmé par d'autres études. On peut citer par exemple celle de G. Desplanques, A. Mizrahi et A. Mizrahi.¹² Les trois auteurs utilisent un indicateur de morbidité construit en partie à partir des déclarations recueillies par l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux. A l'aide de cet indicateur, ils montrent que si mortalité et morbidité sont liées, ce lien diffère à la fois selon les pathologies et selon les catégories sociales. Le cas de la grippe est ainsi frappant : les cadres déclarent une morbidité élevée et présentent une faible mortalité, alors que les ouvriers montrent une mortalité beaucoup plus élevée pour une morbidité moindre. Pour les auteurs, ces différences peuvent s'expliquer par les divergences de comportement face à la santé : les cadres détectent la maladie plus tôt. Elle est alors à la fois mieux soignée et plus longue. Une telle étude est ainsi révélatrice des différences qui existent d'une catégorie sociale à l'autre non seulement dans les comportements par rapport à la maladie mais aussi dans la définition même de ce qu'est la santé : si la grippe, pour reprendre cet exemple, est détectée plus tôt chez les cadres, c'est notamment parce que leur plus grande exigence en matière de santé les fait réagir rapidement aux signes précurseurs de la maladie.

I. 2. 4. La perception de l'état de santé des habitants de sa région est plus objective

Près de la moitié des personnes interrogées pense que dans sa région, les gens ne sont ni plus ni moins malades qu'ailleurs. Les personnes qui estiment que l'état de santé de leurs voisins diffèrent de celui des autres Français sont plus nombreuses à le juger meilleur que moins bon : 16% des personnes interrogées pensent que dans leur région, les gens sont plus malades qu'ailleurs, 22% qu'ils sont moins malades qu'ailleurs. Ces proportions ont un peu évolué au cours des 5 dernières années : en 1997, les personnes interrogées sont plus nombreuses à estimer que l'état de santé dans leur région est meilleur que dans les autres régions, moins nombreuses à penser qu'il est semblable.

¹² G. DESPLANQUES, A. MIZRAHI, A. MIZRAHI : « mortalité et morbidité par catégories sociales » *SESI, Solidarité Santé*, n°4, octobre-décembre 1996.

Tableau n°5 :

La perception de l'état de santé des habitants de sa région par rapport à celui des habitants des autres régions en 1992 et 1997

pensez-vous que dans votre région, les gens sont plus, autant ou moins malades qu'ailleurs ?	1992	1997
plus malades	16	16
autant malades	51	46
moins malades	15	22
ne sait pas	18	16
total	100	100

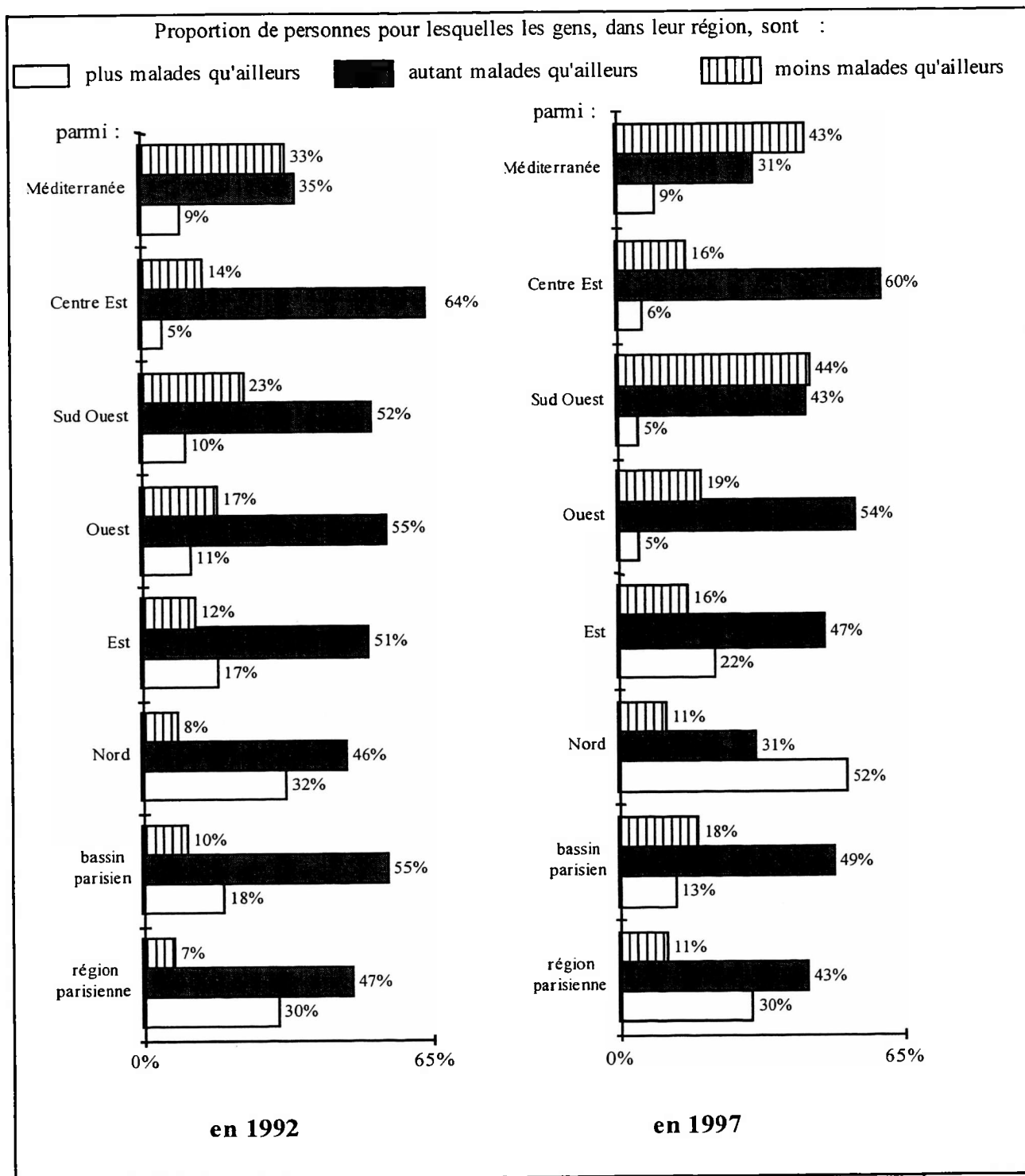
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Cependant, l'opinion des personnes interrogées sur l'état de santé des habitants de leur région dépend de leur lieu de résidence : ainsi, la proportion de personnes pensant que dans leur région, les habitants sont plus malades qu'ailleurs, varie de plus de 50% pour les habitants du Nord de la France, à environ 5% pour les habitants du Centre Est, du Sud-Ouest et de l'Ouest. Les habitants de la région parisienne et dans une moindre mesure, ceux de l'Est de la France, sont également nombreux à penser que dans leur région, les gens sont plutôt plus malades qu'ailleurs. Plus de 40% des habitants de la région Méditerranée et du Sud-Ouest pensent que dans leur région, les gens sont moins malades qu'ailleurs, alors qu'environ 10% des habitants du Nord et des Parisiens sont dans ce cas.

Ces disparités se sont accrues au cours des cinq dernières années : en 1992, si les habitants de la région Méditerranée et ceux du Sud-Ouest étaient déjà particulièrement nombreux à estimer que dans leur région, les gens sont en meilleure santé que dans le reste de la France, ils l'étaient moins qu'en 1997. De même, les habitants du Nord estimaient plus souvent que les autres Français que dans leur région, l'état de santé était plus mauvais qu'ailleurs, mais le nombre des personnes partageant cette opinion s'est considérablement accru en 5 ans. L'opinion des Parisiens n'a par contre pas varié : elle est plutôt défavorable en 1992 comme en 1997.

Graphique n°7 :

Perception de l'état de santé des habitants de sa région selon la région de résidence



Ces disparités ne dépendent pas de la perception de son propre état de santé. Le jugement sur l'état de santé des habitants de sa propre région semble être ainsi relativement objectif : il n'est pas une projection de son propre état de santé sur l'ensemble de la région, mais dépend effectivement de la région de résidence. Il est d'ailleurs intéressant de constater que la hiérarchie des régions selon la proportion de personnes qui considèrent que les gens sont plus malades qu'ailleurs, coïncide en général avec la hiérarchie des régions selon le taux de mortalité corrigé par la structure par âge.

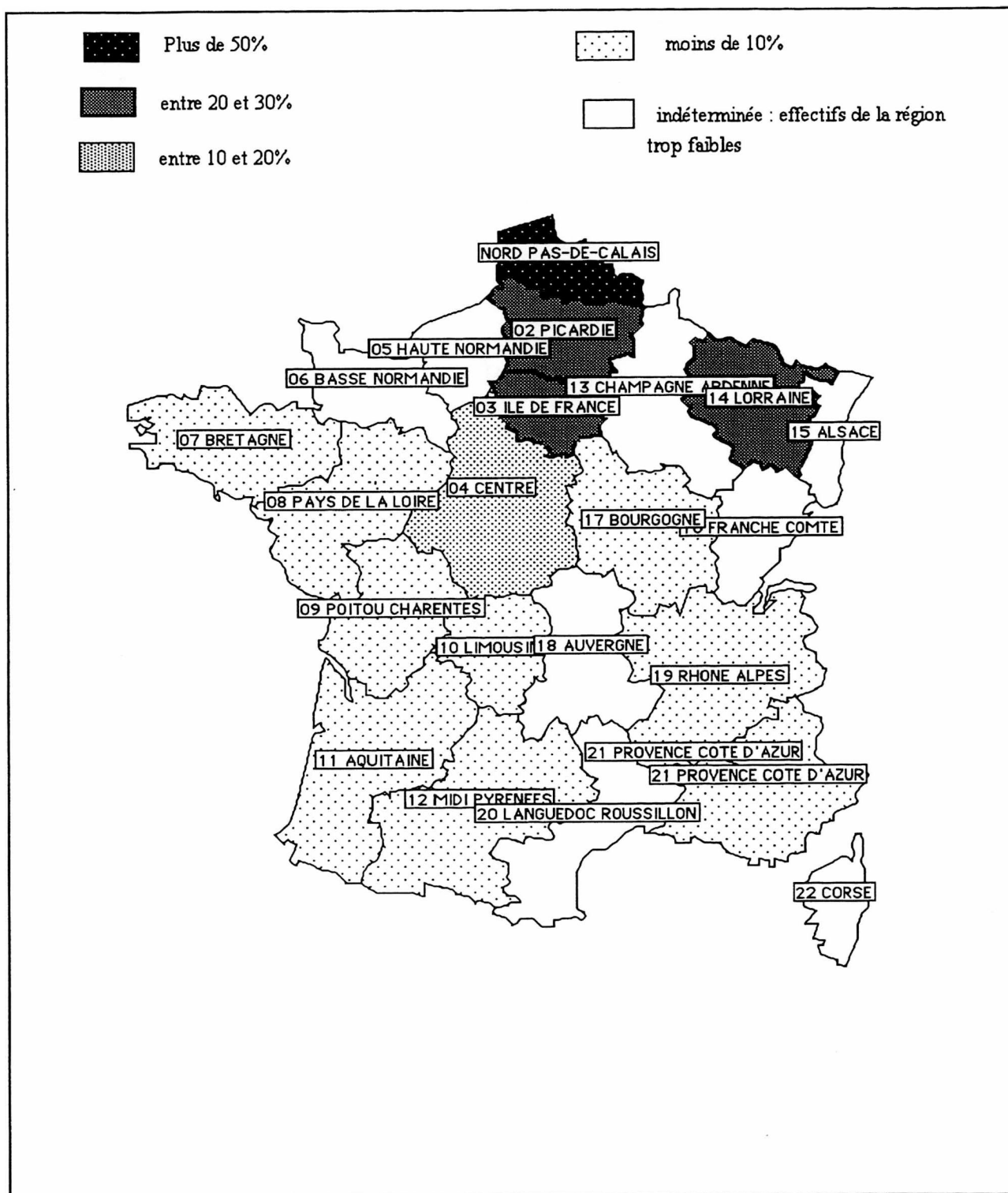
Ainsi, le Nord-Pas de Calais présente à la fois la proportion la plus élevée de personnes qui pensent que dans leur région, l'état de santé est moins bon qu'ailleurs et le taux de mortalité pour 1000 habitants le plus élevé.

Les habitants de la Picardie sont de même conscients d'un taux de mortalité élevé, les régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Aquitaine, Poitou-Charentes et Pays de la Loire cumulent les plus faibles proportions de personnes pensant que dans leur région, les gens sont moins malades qu'ailleurs et les taux de mortalité corrigés les plus bas.

Seules quelques régions n'obéissent pas à cette hiérarchie : les Bourguignons les Bretons sont optimistes sur l'état de santé des habitants de leur région quand on compare leurs réponses avec le taux de mortalité, les Lorrains, les habitants du Centre mais surtout les Parisiens se montrent nombreux à juger l'état de santé de leurs voisins peu satisfaisant par rapport au taux de mortalité de la région.

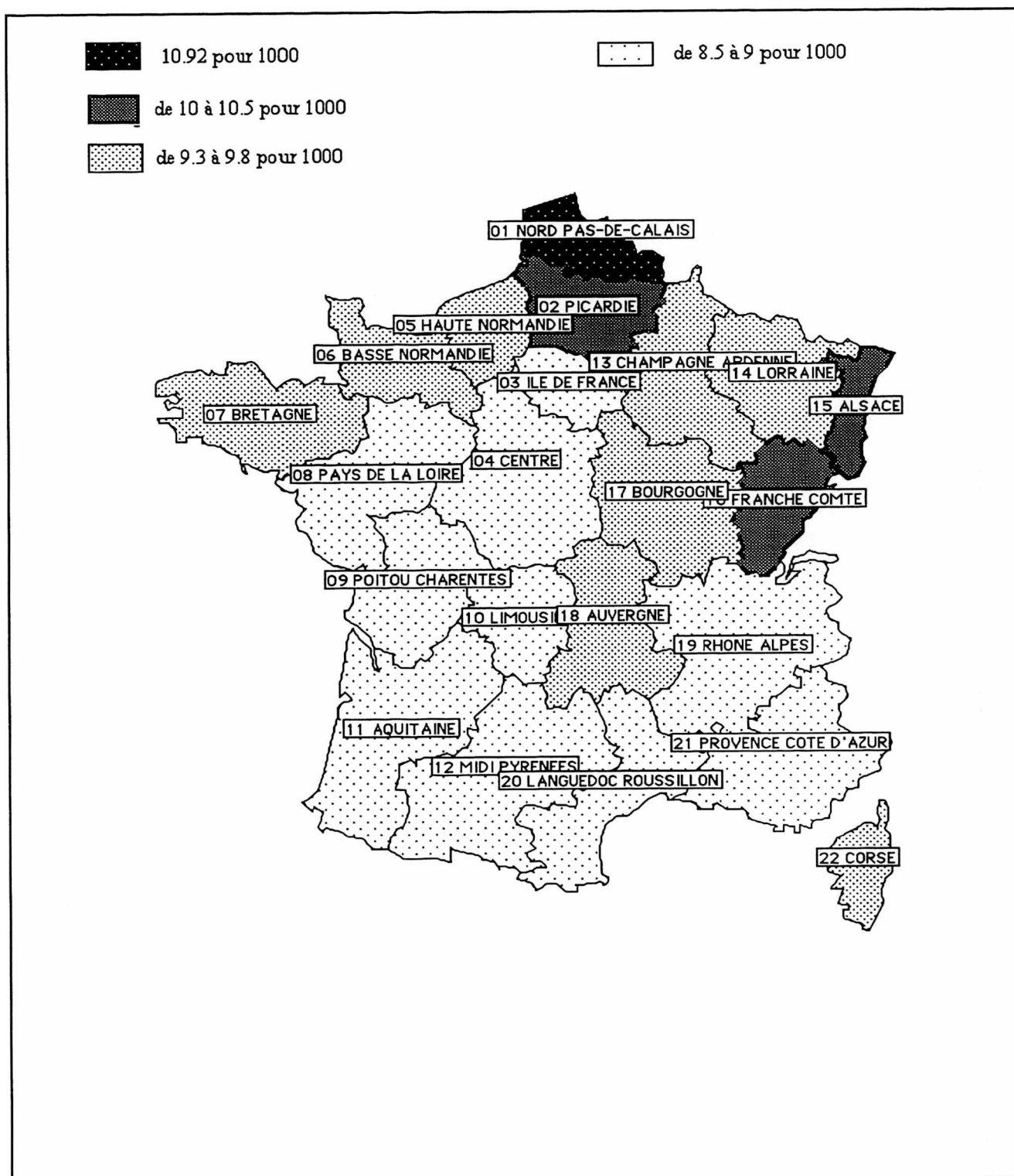
Carte n°1 :

La proportion de personnes qui pensent que dans leur région, les gens sont plus malades qu'ailleurs selon la région de résidence



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Carte n°2 :
Le taux de mortalité corrigé par la structure par âge
selon les régions



Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux - 1991-1992

Alors que la perception de son propre état de santé se construit selon une norme subjective, qui dépend notamment de l'âge et de la catégorie sociale, la perception de l'état de santé des autres personnes de sa région de résidence semble être beaucoup plus objective : elle ne correspond pas à la projection de la perception de son propre état de santé comme étant également celui de ses proches voisins, mais correspond au taux de mortalité objectif des régions de résidence.

I. 3. Une vision de la santé positive pour les personnes ayant les meilleures conditions de vie, négative pour celles confrontées à la maladie.

La santé peut se définir par l'absence de la maladie et de ses conséquences : mortalité, souffrance, consultation du médecin. Cependant, elle ne se réduit pas à cette vision « négative » de la santé (la santé définie par son contraire). Pour la plupart des personnes interrogées, la santé est un élément constitutif de leur mode de vie. Elle est alors définie par ce qu'elle permet de faire : il s'agit d'une vision « positive » de la santé. Pour la majorité des personnes interrogées, la définition de la santé rejoint celle de l'OMS : « la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, psychologique et social ».

Vision négative et vision positive dépendent à la fois du vécu par rapport à la maladie et de la catégorie sociale.

I. 3. 1. En 1997, émergence des thèmes liés à la maladie et à la souffrance.

En 1997 comme en 1992, la plupart des personnes interrogées définissent la santé notamment par son aspect positif. Une bonne santé c'est en tout premier lieu « prendre plaisir à la vie » (pour 85% des personnes interrogées en 1997, 88% des personnes interrogées en 1992), et pouvoir faire ce que l'on veut (pour 83% des personnes interrogées en 1997, 80% des personnes interrogées en 1992).

Cependant, alors qu'en 1992 les thèmes négatifs étaient choisis beaucoup moins fréquemment que les thèmes positifs, en 1997, il y a émergence des thèmes liés à la maladie et à la mort. En 1997, les personnes interrogées sont ainsi à peu près aussi nombreuses à associer à la santé « l'absence de maladie » que « prendre plaisir à la vie » ou « pouvoir faire ce que l'on veut ». (82% des personnes interrogées en 1997, 63% de celles interrogées en 1992 pensent « qu'une bonne santé, c'est beaucoup ne pas être malade »).

Si les Français sont moins nombreux en 1992 comme en 1997 à définir la santé par l'absence de souffrance ou par le non recours au médecin, ces thèmes sont choisis de plus en plus fréquemment.

Tableau n°6 :
Définition de la santé - comparaison entre 1992 et 1997

pour vous, une bonne santé, est-ce :	1992	1997
prendre plaisir à la vie		
beaucoup	88	85
un peu	11	13
pas du tout	1	1
ne sait pas	0	0
total	100	100
pouvoir faire ce que l'on veut		
beaucoup	80	83
un peu	18	15
pas du tout	1	3
ne sait pas	1	0
total	100	100
ne pas être malade		
beaucoup	63	82
un peu	27	15
pas du tout	10	3
ne sait pas	1	0
total	100	100
ne pas souffrir		
beaucoup	57	74
un peu	32	19
pas du tout	11	7
ne sait pas	1	0
total	100	100
ne pas avoir besoin de consulter un médecin		
beaucoup	40	45
un peu	35	36
pas du tout	26	19
ne sait pas	0	0
total	100	100
vivre vieux		
beaucoup	60	53
un peu	28	34
pas du tout	8	13
ne sait pas	3	1
total	100	100

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

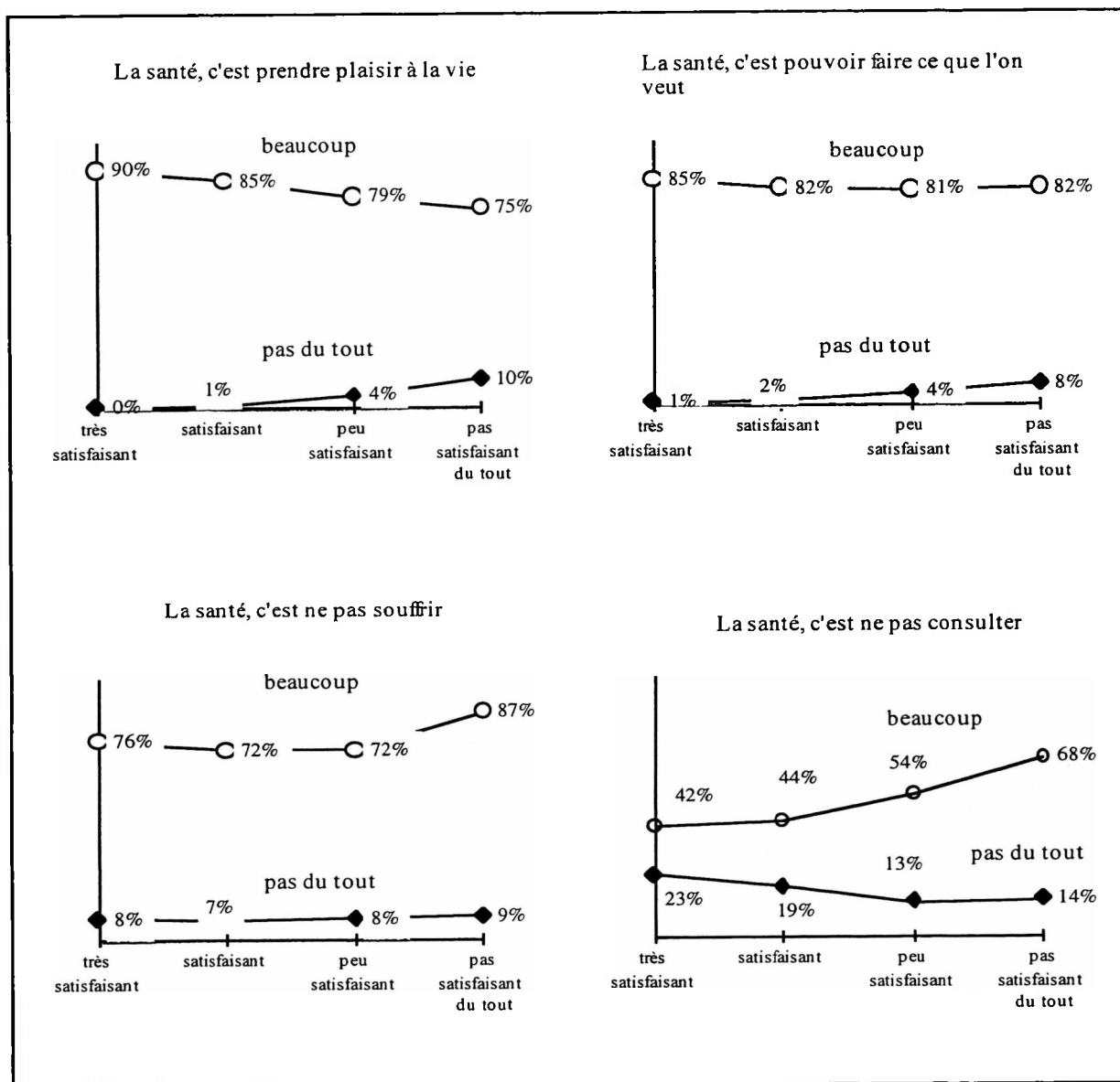
Finalement, alors qu'en 1992, les Français étaient plus nombreux à avoir une vision positive de la santé qu'à en avoir une vision négative, en 1997, on assiste à une émergence des notions de maladie et de souffrance assez importante pour que les thèmes négatifs soient choisis avec une fréquence proche de celle des thèmes positifs.

I. 3. 2. La définition de la santé est négative pour les personnes ayant une expérience de la maladie, plutôt positive pour les autres

La définition de la santé, et notamment l'opposition entre les thèmes négatifs et les thèmes positifs, dépend en premier lieu du vécu par rapport à la maladie. Les personnes ayant un moins bon état de santé font ainsi plus fréquemment référence aux notions de maladie, de consultation et de souffrance, alors que celles en bonne santé privilégient la santé comme constitutive du bien être.

Ainsi, les personnes interrogées sont d'autant plus nombreuses à être tout à fait d'accord avec la définition de la santé comme prendre plaisir à la vie qu'elles sont satisfaites de leur état de santé. Les personnes qui ne sont pas du tout satisfaites de leur état de santé sont relativement nombreuses à rejeter cette définition de la santé. La corrélation entre la satisfaction sur l'état de santé et la définition de la santé comme permettant de faire ce que l'on veut est moins importante, mais existe néanmoins. Enfin, parmi les thèmes négatifs, seules l'absence de souffrance et l'absence de consultation sont corrélées à la perception de la santé, les personnes interrogées étant alors d'autant plus nombreuses à associer santé et non recours au médecin, santé et absence de souffrance qu'elles se perçoivent en mauvaise santé. Cependant, ces deux dernières corrélations restent faibles.

Graphique n°8 :
La définition de la santé selon la perception de son propre état de santé

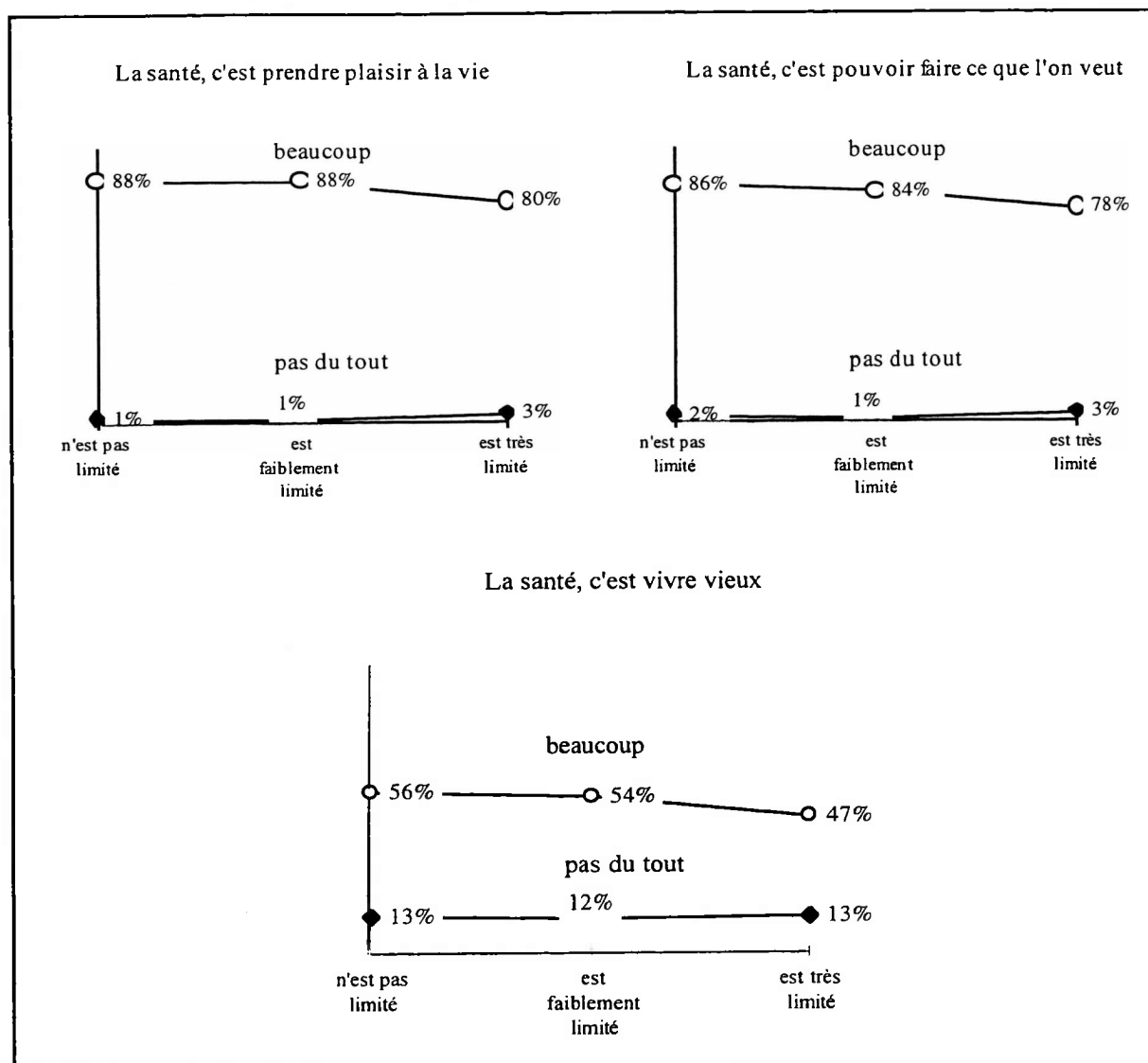


Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Les thèmes positifs dépendent également des éventuels handicaps dans la vie quotidienne. Notamment, les personnes interrogées qui sont limitées par leur état de santé sont moins nombreuses que les autres à associer bonne santé et autonomie. Il existe ainsi une catégorie de personnes pour lesquelles santé et autonomie sont deux concepts distincts. Ce sont en particulier des personnes qui se perçoivent en bonne santé bien qu'ayant perdu leurs fonctionnalités. En revanche, les personnes interrogées ne sont pas plus nombreuses à choisir les thèmes négatifs lorsqu'elles sont limitées par leur état de santé.

Graphique n°9 :

La perception de son état de santé selon les limitations dans la vie quotidienne



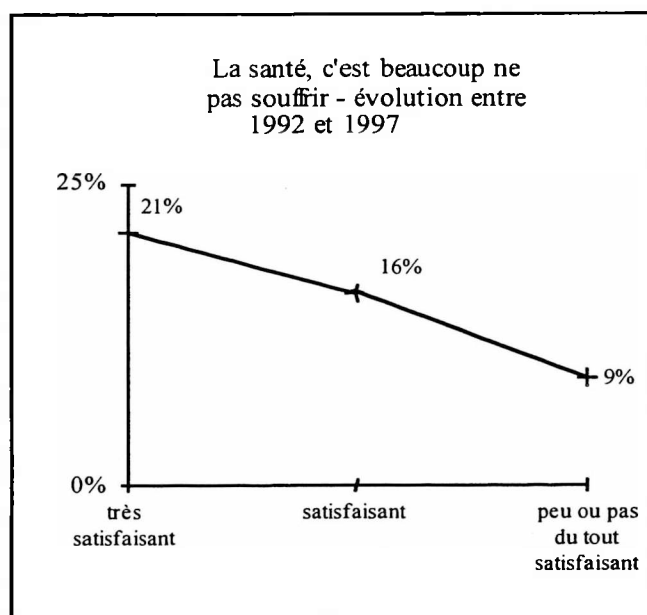
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Les personnes les plus nombreuses à considérer que la bonne santé, c'est beaucoup ne pas être malade sont celles qui se perçoivent en mauvaise santé sans être limitées dans leur vie quotidienne (93% sont dans ce cas, qui ne concernent que 82% de l'ensemble des personnes interrogées) : nous avons vu que ce sont fréquemment des personnes qui ont souffert récemment d'une maladie. Ce sont également elles qui, le plus souvent, associent santé et absence de souffrance (80% pour 74% de l'ensemble des répondants).

En 1992, la liaison entre définition de la santé et vécu par rapport à la maladie est la même que celle remarquée en 1997. Cependant, l'émergence des thèmes négatifs semble être, dans une faible mesure, plus due aux personnes en bonne santé qu'à celles en mauvaise santé.

L'augmentation du nombre de personnes qui associent bonne santé et absence de souffrance est plus importante parmi celles qui sont très satisfaites de leur état de santé que parmi celles qui le sont moins.

Graphique n°10
L'émergence des thèmes négatifs entre 1992 et 1997
selon la perception de l'état de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

La définition de ce qu'est la bonne santé dépend donc, dans une certaine mesure, de l'état de santé des personnes interrogées. Les personnes qui ont une bonne santé ont ainsi tendance à privilégier les thèmes positifs contrairement aux personnes en mauvaise santé qui penchent plutôt pour les thèmes négatifs. Pour ces dernières, leur expérience de la maladie, la croyance que leur état de santé dépend du médecin, les conduit fréquemment à associer à la santé l'absence de souffrance ou l'absence de consultation. Pour les premières, la santé est un concept plus abstrait qui fait partie de leur idéal de vie. Cependant, ce sont en particulier elles qui sont concernées par l'émergence des thèmes négatifs.

I. 3. 3. D'une santé élément de confort à une santé élément de survie : la définition de la santé est d'autant plus positive que les conditions de vie sont favorables

Un indicateur des conditions de vie

Les perceptions par rapport à la santé dépendent à la fois de la catégorie socio-professionnelle, de la situation par rapport au travail, de l'âge des personnes interrogées, et de l'état de santé. Ce constat conduit à utiliser un indicateur des conditions de vie qui tienne compte de ces différentes variables.

Nous différencions ainsi :

parmi les jeunes (20-29 ans) : La plupart d'entre eux bénéficient d'une très bonne santé : ce n'est donc pas l'état de santé qui permet de les différencier, mais leur situation par rapport à l'emploi.

- les jeunes inactifs, se percevant en très bonne santé, ayant un revenu très faible (inférieur à 4000 francs mensuels). Ils sont très diplômés par rapport au reste de l'échantillon et comptent beaucoup d'étudiants. Seuls 17% d'entre eux ont un niveau inférieur au baccalauréat, 44% sont diplômés de l'enseignement supérieur (ont un niveau au moins bac +2). Ils sont 5% en 1997, 6% en 1992.

- les jeunes actifs (parmi lesquels plus de chômeurs que dans le reste de l'échantillon), se percevant en très bonne santé, ayant des revenus compris entre 6000 et 15000 francs mensuels. Ils sont beaucoup moins diplômés que les jeunes de la catégorie précédente : 40% d'entre eux ont un niveau inférieur au baccalauréat. Ils sont 8% en 1997, ils étaient 12% en 1992.

Les autres actifs se différencient à la fois par la PCS et le revenu, et par leur état de santé :

- les cadres, et les personnes en activité ayant un revenu supérieur à 15000 francs forment un groupe très cohérent : pratiquement tous se perçoivent en très bonne santé. Leur âge est en général compris entre 30 et 49 ans. Ils sont 20% en 1997, ils étaient 17% en 1992.

- les actifs en très bonne santé artisans, employés ou ouvriers, ayant un revenu compris entre 10000 et 15000 francs, fréquemment âgés de 50 à 59 ans. Ils sont 11% en 1997, ils étaient 9% en 1992.

- les actifs âgés de plus de 30 ans hors cadres, se percevant dans un état de santé médiocre, ayant un revenu inférieur à 15000 francs, limités notamment sur le sport. Ils sont 25% en 1997, ils étaient 24% en 1992.

- les actifs, ouvriers ou chômeurs, très limités par leur état de santé, fréquemment handicapés. Ils sont 7% en 1997, ils étaient 7% en 1992.

Les retraités : ils se distinguent par leur état de santé (lié à leur âge, mais aussi à leur PCS)

- Les « jeunes » retraités, souvent ancien cadres, ayant fréquemment un revenu compris entre 6 et 8000 francs, plus fréquemment âgés de moins de 69 ans que de plus de 70 ans. Ils se perçoivent en bonne, voire en très bonne santé, ils ne sont limités que pour le sport. Ils sont 10% en 1997 comme en 1992.

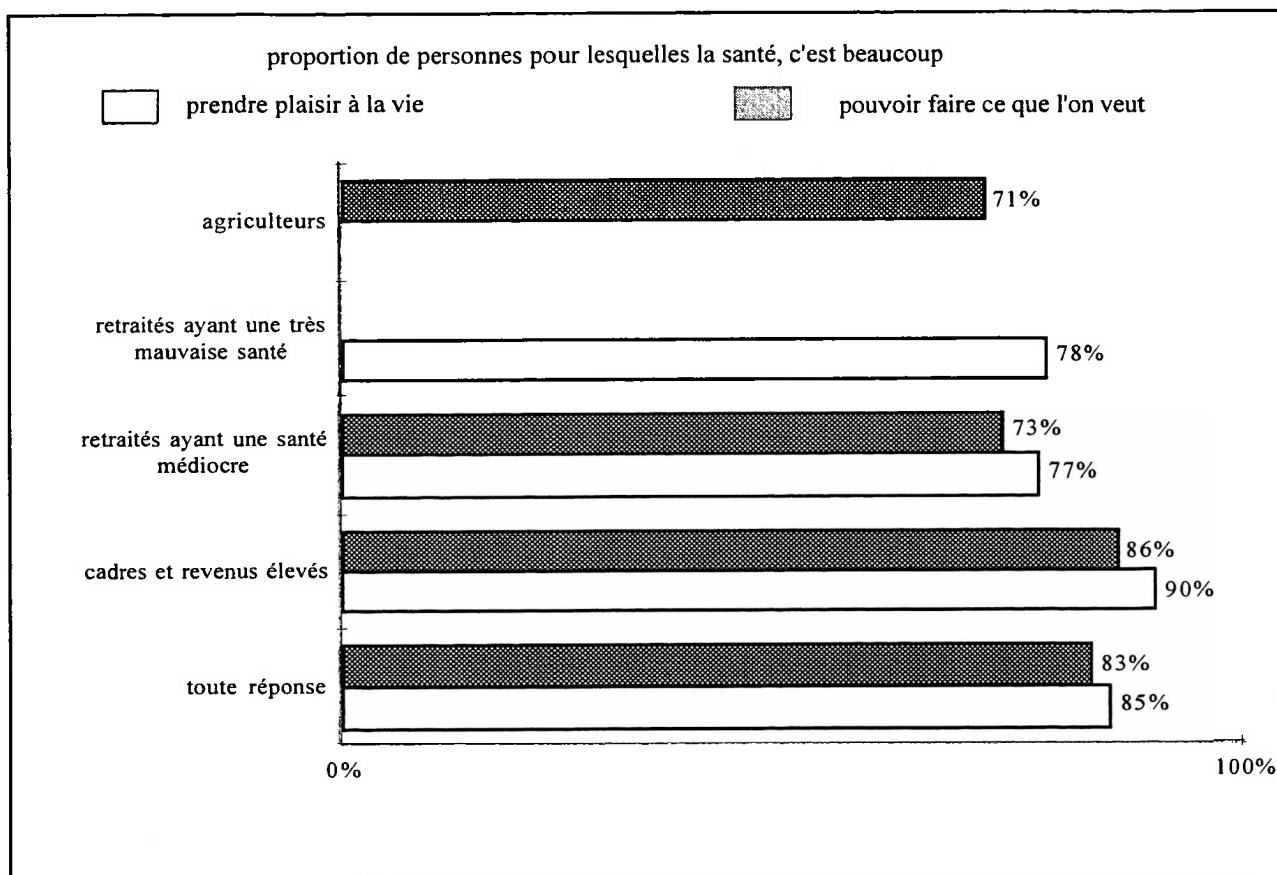
- les retraités ayant une santé médiocre. Leur revenu est souvent inférieur à 6000 francs mensuels, ils sont souvent âgés de plus de 70 ans, fréquemment anciens agriculteurs, habitant souvent en milieu rural. Ils sont parfois limités, mais pas nécessairement sur tout. Ils ne se perçoivent pas en très bonne santé. Ils sont 7% en 1997, ils étaient 8% en 1992.

- les autres retraités, se percevant en très mauvaise santé, très limités par leur état de santé. Ils sont 6% en 1997, ils étaient 8% en 1992.

En utilisant l'indicateur de conditions de vie (voir encadré), il apparaît qu'outre le vécu par rapport à la maladie, les conditions de vie déterminent la définition d'une bonne santé. Les catégories les plus favorisées, et notamment les cadres et les revenus élevés favorisent les thèmes positifs, tandis que les jeunes rejettent les thèmes négatifs : pour ces catégories, moins concernées que les autres par la souffrance et la maladie, la santé est un élément de confort. Alors que pour les catégories moins favorisées, que ce soit pour des raisons d'âge (les retraités) ou de conditions de vie (les autres actifs), la santé apparaît comme une nécessité qui n'est pas toujours atteinte et se caractérise par les conséquences de son défaut.

Ainsi, les personnes les plus nombreuses à avoir une vision positive de la santé sont les cadres, les personnes les moins nombreuses sont les retraités de plus de 70 ans, notamment ceux ayant une santé mauvaise ou très mauvaise. Les cadres et les revenus élevés sont particulièrement nombreux à considérer qu'une bonne santé, c'est prendre plaisir à la vie, ou pouvoir faire ce que l'on veut. Les retraités ayant une santé médiocre ou très mauvaise sont en revanche relativement peu nombreux à approuver ces thèmes. Les agriculteurs sont également moins nombreux que les autres catégories à considérer qu'une bonne santé signifie pouvoir faire ce que l'on veut.

Graphique n°11 :
Une vision positive de la santé selon les conditions de vie



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

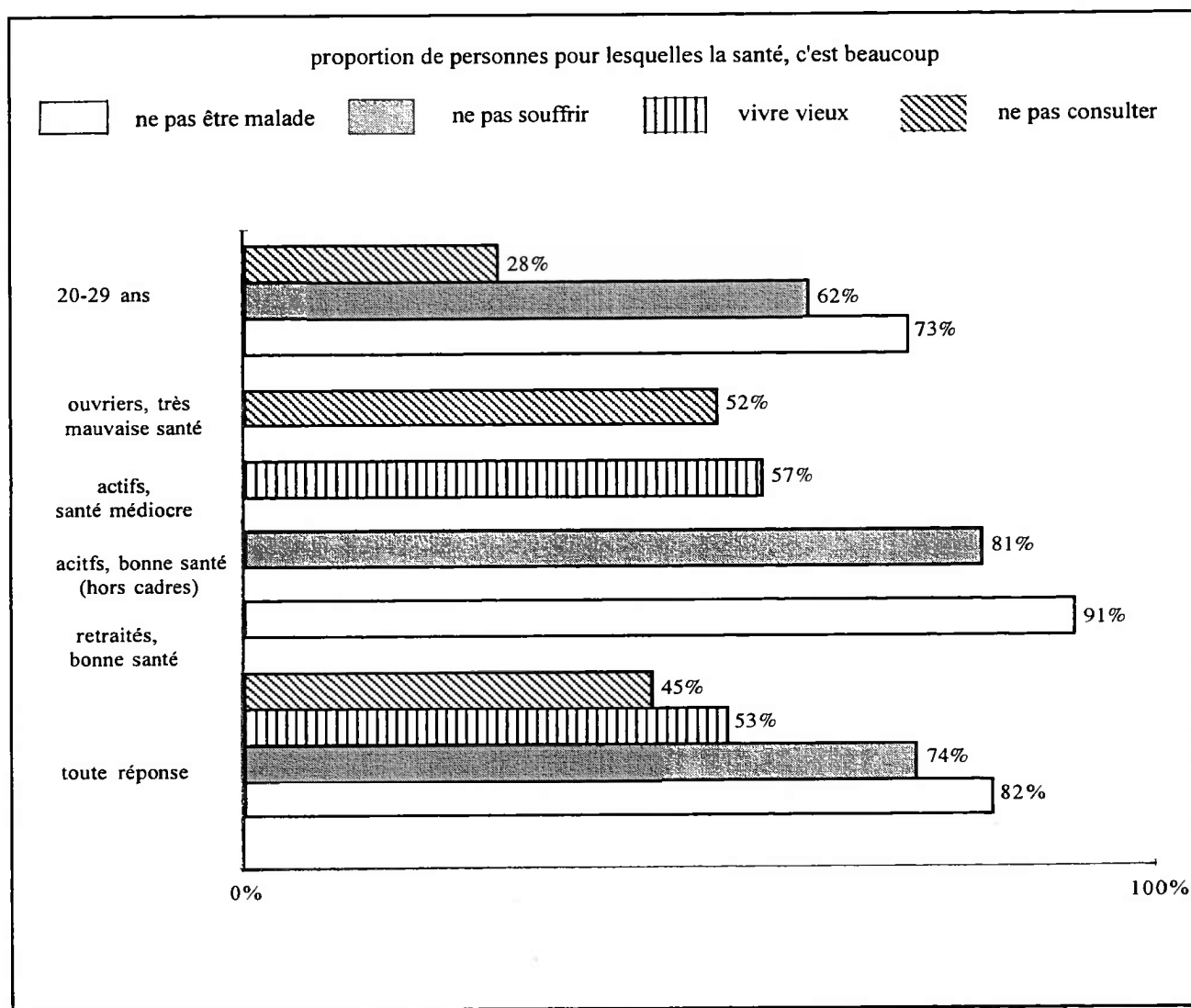
Guide de lecteur : pour chacune des catégories, la proportion de personnes pour lesquelles la santé, c'est beaucoup faire ce que l'on veut (resp. prendre plaisir à la vie) est à comparer avec les réponses de l'ensemble des personnes interrogées. Ainsi, 90% des cadres et des revenus élevés pensent que la santé, c'est beaucoup prendre plaisir à la vie alors que seuls 83% de l'ensemble des personnes interrogées sont dans ce cas, 86% pensent que la santé, c'est beaucoup pouvoir faire ce que l'on veut, pour 83% de l'ensemble des personnes interrogées.

Nous n'avons fait apparaître que les différences significatives. L'opinion des agriculteurs sur « la santé prendre plaisir à la vie », celle des retraités sur « la santé, pouvoir faire ce que l'on veut » ne se différencient que peu de l'ensemble et n'apparaissent donc pas sur le graphique.

Les personnes qui ont une vision négative de la santé sont les retraités en bonne santé et les actifs ayant une santé médiocre ou très mauvaise. Cependant, la définition que ces différentes catégories ont de la santé n'est pas la même. Pour les retraités en relative bonne santé, la santé signifie plus que pour les autres catégories « ne pas être malade », pour les actifs indépendants, employés ou ouvriers en très bonne santé, « absence de souffrance », pour les actifs ayant une santé médiocre, « longévité », et enfin pour les ouvriers en très mauvaise santé, « absence de consultation ».

Ce sont surtout les 20-29 ans, quelle que soit leur situation par rapport au travail, qui rejettent les thèmes négatifs. Ils sont ainsi moins nombreux à ne pas être d'accord avec une caractérisation de la santé par l'absence de consultation, de maladie ou de souffrance.

Graphique n°12 :
Une vision positive de la santé selon les conditions de vie



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Entre 1992 et 1997, il y a eu émergence des thèmes négatifs. Elle a concerné toutes les catégories, sauf les moins de 29 ans. Les augmentations les plus fortes sont dues aux retraités en très bonne ou en très mauvaise santé pour la maladie, aux retraités en très mauvaise santé pour la souffrance. Les actifs en bonne santé (dont les cadres et les revenus élevés) sont également plus nombreux qu'en 1992 à associer santé et absence de souffrance. Si les jeunes ne sont pas concernés par cette émergence des thèmes négatifs, ils sont cependant moins

nombreux qu'en 1992 à avoir une vision positive de la maladie, et notamment à associer bonne santé et prendre plaisir à la vie.

Tableau n°7 :
Évolution de la définition de la santé entre 1992 et 1997 par catégories

	En 1992	En 1997	Évolution
Toutes réponses confondues			
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas être malade	63	82	19
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas souffrir	57	74	17
pour les cadres			
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas souffrir	46	69	23
pour les autres actifs en bonne santé			
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas souffrir	54	81	27
Pour les retraités en bonne santé			
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas être malade	61	91	30
Pour les retraités en très mauvaise santé			
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas être malade	58	83	25
être en bonne santé, c'est beaucoup ne pas souffrir	58	79	21
Pour les moins de 30 ans			
être en bonne santé, c'est prendre plaisir à la vie	91	84	-7

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

La définition de ce qu'est la bonne santé dépend ainsi de la catégorie sociale. D'un élément de confort de vie s'inscrivant dans l'idéal pour les catégories les plus favorisées, elle est davantage appréhendée par la menace que constituerait son absence par les catégories les moins favorisées, ou bien ayant une expérience de la maladie.

Ce constat vient là encore confirmer celui effectué par C. Herzlich : « dans les sociétés industrielles développées, au contraire de celles du tiers monde pour lesquelles la notion de santé demeure proche de celle de survie, la santé s'inscrit parmi la pluralité des systèmes de signification grâce auxquels nous nous représentons le monde dans lequel nous vivons (...) Pour l'individu, et d'autant plus qu'il appartient à une catégorie sociale élevée, la santé s'inscrit dans la thématique de l'expression libre et de la réalisation de soi ».

Pour les personnes les plus socialement favorisées, la santé est bien, plus que pour les autres, un instrument de l'épanouissement et de l'autonomie. Pour les personnes plus défavorisées socialement, la santé se rapproche plus de la notion de « survie », dans la mesure où elles conservent une conscience aiguë des conséquences de son absence.

1.3.4. La définition de la santé ne dépend pas du sexe de la personne interrogée

Si l'écart s'est creusé entre les différentes catégories sociales sur ces dernières années, ce constat est à nuancer. Certes, les catégories les plus favorisées sont de plus en plus nombreuses à se percevoir en bonne santé, tandis que parmi les catégories moins favorisées, le nombre de personnes déclarant une santé déficiente augmente. Cependant, derrière ce constat inégalitaire, on assiste à un rapprochement des différentes catégories en ce qui concerne la définition même du concept de santé. Ainsi, les cadres et les catégories sociales les plus élevées sont de plus en plus nombreux à accepter, en creux derrière une santé constitutive de leur bien-être, les notions de maladies et de souffrance. Il est possible que l'émergence de ces thèmes négatifs soit une des conséquences d'une inquiétude croissante face à un mode de vie qui apparaît comme pouvant être néfaste pour la santé.

Cette évolution est cependant trop faible pour supprimer les écarts. Les différences qui existent selon les conditions de vie vont alors accompagner des exigences en matière de prévention différentes d'une catégorie à l'autre.

II. VERS UNE APPROCHE “HOLISTIQUE” DE LA SANTÉ

L'évolution marquée du rôle que jouent les conditions de vie dans la production (et la reproduction) de la santé n'est pas sans conséquence sur la manière dont les Français conçoivent la prévention et, plus généralement, sur ce qu'il convient de faire, selon eux, pour rester en forme. De ce point de vue, si notre enquête montre mieux que par le passé la dimension “d'habitus” du milieu social, c'est à dire qu'il apparaît plus clairement aujourd'hui que les conditions de vie forment un “réservoir” de représentations, d'attitudes et de comportements qui déterminent très largement l'appréhension que chacun peut avoir de sa santé, certains indices laissent penser que les Français en ont également davantage conscience.

En d'autres termes, si l'on peut mieux montrer la relation qui existe entre état de santé perçu et conditions de vie, certains résultats montrent aussi que les Français ont manifestement appris que la dégradation des rapports sociaux ne pouvait pas ne pas avoir d'incidences sur l'état de santé d'un nombre toujours croissant de personnes. Or on peut penser que cette prise de conscience de l'impact du chômage et de la précarisation sur l'état de santé, affecte le modèle de prévention dominant qui repose essentiellement sur une responsabilisation individuelle.

Le modèle dominant, l'idée-force qui se dégage de notre enquête, reste celui que nous avons déjà pu faire apparaître en 1992, selon lequel la conservation de la bonne santé est avant tout l'affaire d'une responsabilisation individuelle et du respect d'un certain nombre de règles minimales d'hygiène de vie, portant notamment sur l'alimentation et les consommations nuisibles, comme le tabac ou l'alcool. Toutefois, un trait original de ce modèle se fait désormais jour. Cette année, en effet, même si les Français attendent manifestement que l'État prenne encore des initiatives en matière d'information et de communication, se montre plus clairement que par le passé le rôle que peut jouer le médecin de ville dans cette prévention, en particulier auprès de certaines catégories de populations qui le consultent davantage à titre préventif. On enregistre là de manière évidente le résultat de tous les efforts entrepris depuis une vingtaine d'années pour “conscientiser” le plus grand nombre des Français, et pour induire des changements de comportements dans l'ensemble de la population.

Pourtant, l'évolution la plus sensible par rapport à l'enquête de 1992 porte sur la conscience que les Français ont désormais de l'impact du chômage et de la précarité dans la production de la santé. Or cette tendance pourrait induire, à terme, un changement dans la

conception du modèle dominant de la prévention dans la mesure où elle traduit une certaine limite de la responsabilisation individuelle. L'accent mis sur ces conditions de vie objectives "subies" tend en effet à diminuer la marge de manœuvre personnelle, et les possibilités de l'exercice d'une responsabilité individuelle. Il y a donc une accentuation très nette de la globalisation de l'approche sanitaire qui apparaissait déjà timidement en 1992, même si bien des indices nous laissent penser qu'elle n'en est encore aujourd'hui qu'à ses balbutiements. Cette approche globalisante, que nous avons appelée "holistique", est celle qui met la santé "en correspondance" avec bien des domaines de la vie quotidienne : non seulement l'alimentation et les comportements individuels, mais aussi les conditions de travail, de logement, etc.

II. 1. Le modèle dominant de la prévention reste clairement celui de la responsabilisation individuelle

De notre enquête se dégage nettement un modèle de la prévention tout orienté vers la responsabilisation et la prise en charge individuelle. Ce modèle était celui qui, *mutatis mutandis*, apparaissait déjà en 1992, quoique quelques différences puissent également être notées, notamment en ce qui concerne le rôle des médecins.

II. 1. 1. La Santé : c'est l'affaire de chacun !

Toutes les questions qui renseignent sur ce que les Français pensent qu'il convient de faire pour se garder en bonne santé, indiquent l'importance qu'a désormais ce modèle de la responsabilisation individuelle. Pour au moins 90% des personnes interrogées, pour améliorer l'état de santé des Français il faut en effet avant tout "*avoir une alimentation équilibrée*" (86% sont tout à fait d'accord avec cette opinion, et 13%, assez d'accord) et "*freiner davantage sa consommation d'alcool et de tabac*" (81%, tout à fait d'accord, 14% assez d'accord).

Il n'y a guère que la lutte contre les pollutions qui ait, dans leur esprit, une égale importance pour la préservation de la santé, et qui ne relève pourtant pas de comportements individuels : 98% des Français interrogés sont assez ou tout à fait d'accord pour déclarer que c'est en effet là un des moyens de maintenir leur état de santé. Cette préoccupation d'ailleurs n'est pas nouvelle car en 1992, le pourcentage de ceux qui étaient d'accord avec cette opinion

était tout à fait identique. On peut par ailleurs noter que c'est là davantage une opinion de fond qu'une réaction à quelque événement lié à l'actualité, comme la récente mesure de contrôle de l'accès aux grandes villes ou bien, plus généralement, la communication faite autour des indicateurs de la qualité de l'air.

Tableau n°8 :
Actions à mener pour améliorer l'état de santé

<i>Pour améliorer l'état de santé, on devrait...</i>	Tout à fait ou assez d'accord	Pas très ou pas du tout d'accord	NSP	Total
Avoir une alimentation équilibrée	99	1	-	100%
Réduire les pollutions	98	2	-	100%
Freiner la consommation d'alcool et de tabac	95	5	-	100%
Intensifier la recherche médicale	95	5	-	100%
Améliorer le contrôle de qualité des aliments	94	6	-	100%
Améliorer le confort des logements	77	22	1	100%
Changer les conditions de travail	74	23	3	100%
Augmenter le nombre des médecins	30	67	3	100%
Réduire le temps de travail	50	48	2	100%

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Lorsque, plus explicitement, on aborde la problématique de la prévention, s'oppose bien ce qui relève de l'État, d'une part, pour qui il s'agit de "mener des campagnes d'information et de dépistage" (75% des personnes interrogées sont tout à fait d'accord avec cette opinion, et 21%, assez d'accord), et du public, d'autre part, pour qui il s'agit "d'être à jour dans ses vaccinations" (respectivement : 75% et 19%), de "faire attention à ce que l'on mange et à ce que l'on boit" (77% et 21%), voire de "se faire suivre régulièrement par un médecin" (53% et 33%).

Tableau n°9 :
Conceptions de la prévention

<i>Diriez-vous de la prévention qu'il s'agit...</i>	Tout à fait ou assez d'accord	Pas très ou pas du tout d'accord	NSP	Total
De faire attention à ce que l'on mange	98	2	-	100%
D'améliorer l'environnement	96	4	-	100%
De mener des campagnes de dépistage	96	4	-	100%
D'être à jour dans ses vaccinations	94	6	-	100%
De se faire suivre par un médecin	86	14	-	100%
D'améliorer les conditions de travail	86	13	1	100%

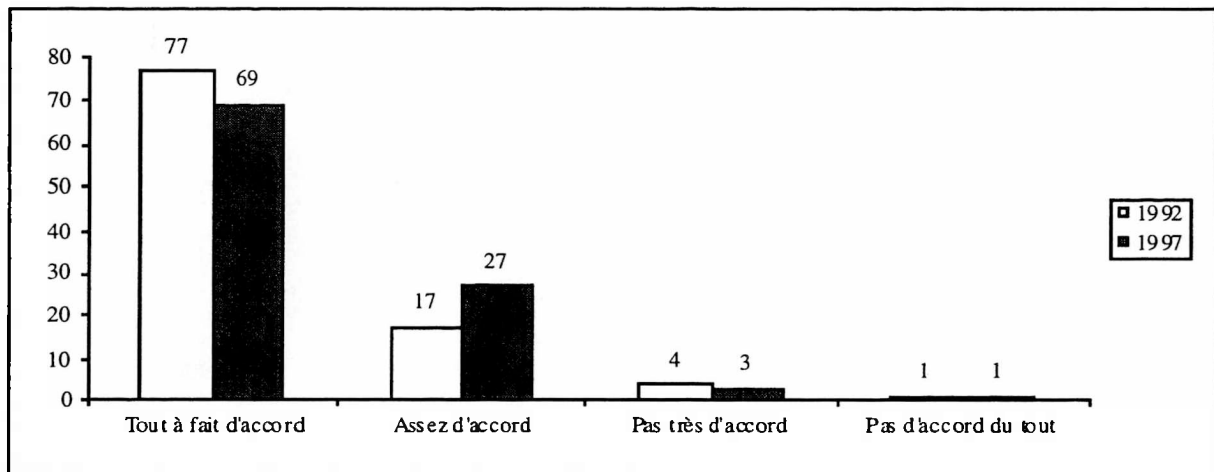
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Certes, ici aussi, les problèmes d'environnement rejaillissent de manière encore assez sensible et c'est sans doute un indicateur important de ce que l'on pourrait appeler la "sensibilité écologiste" des Français qui, d'une certaine manière, se retrouve aussi dans l'attention qu'ils portent à l'alimentation. Il n'empêche pourtant que le modèle dominant de la prévention repose bien sur cette notion de responsabilité individuelle, "travaillée" en quelque sorte par les campagnes d'information émises au niveau national ou bien local, puisque cette prévention est un terrain d'action qu'investissent de plus en plus souvent les communes ¹³. Par rapport à 1992, aucune évolution sensible n'est à noter sur ces différents indicateurs, si ce n'est un relatif recul de l'intérêt pour la recherche médicale. Il y a cinq ans, en effet, 78% des personnes interrogées étaient tout à fait d'accord avec cette idée selon laquelle "pour améliorer l'état de santé on devrait intensifier la recherche médicale" et 16%, étaient assez d'accord. Aujourd'hui, 71% sont tout à fait d'accord avec cette opinion tandis que ceux que 24% sont assez d'accord. On observe donc un glissement des opinions les plus favorables, vers les plus moyennes.

En tout cas, ce sont finalement 69% des personnes interrogées qui sont tout à fait d'accord avec cette idée selon laquelle "le maintien en bonne santé de la population, c'est avant tout l'affaire de chacun, c'est à dire un problème d'hygiène de vie (alimentation équilibrée, restrictions sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire, etc.)", tandis que 27% sont assez d'accord avec cette idée : soit au total 95% d'opinion favorable.

¹³ "La santé, un nouveau terrain d'action pour les communes ?" CREDOC, collection des rapports n° 165, octobre 1995.

Graphique n°13 :
Evolution de la perception de la responsabilité individuelle



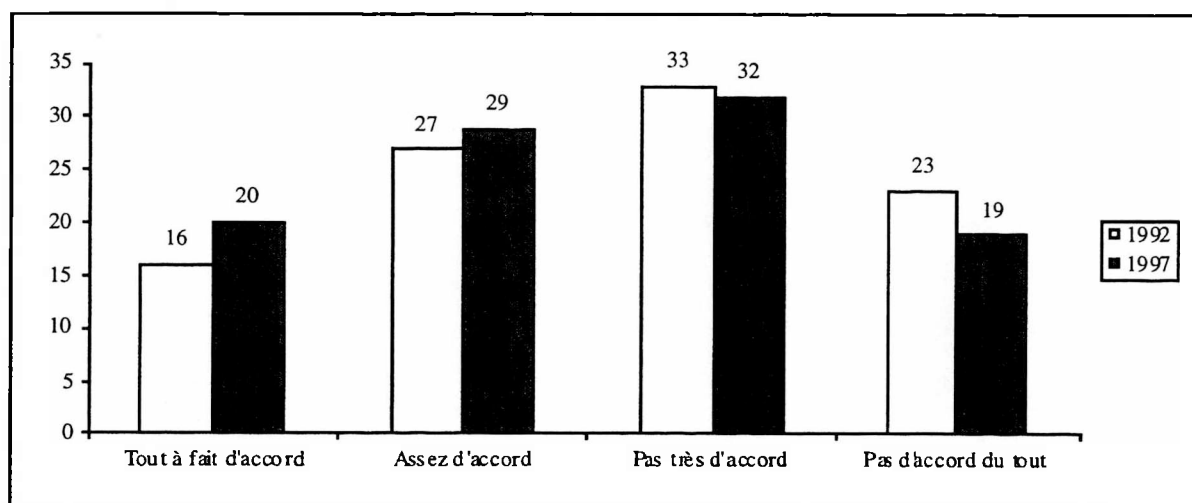
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Rappel de la question : *"le maintien en bonne santé de la population est votre propre affaire, c'est à dire un problème d'hygiène de vie ?"*

Même si ces jugements les plus favorables à cette conception de la prévention marquent un certain recul par rapport à l'enquête de 1992 au profit des jugements plus moyens (77% des personnes interrogées étaient alors tout à fait d'accord avec cette opinion il y a cinq ans, et 17% se déclaraient assez d'accord), il reste que c'est bien cette responsabilisation personnelle qui reste de loin la conception la mieux partagée de la prévention des risques sanitaires. Par comparaison, on note que 78% des Français sont "tout à fait" ou "assez" d'accord pour penser que le maintien en bonne santé de la population c'est "un problème de cadre de vie ou de travail où le médecin n'intervient qu'à l'occasion d'un accident ou d'une maladie", et 49%, que c'est "l'affaire des médecins".

Ce dernier résultat concernant les praticiens enregistre une certaine augmentation par rapport aux résultats de 1992 : à cette époque, ceux qui pensaient que la prévention était avant tout l'affaire des médecins n'étaient en effet que 43%.

Graphique n°14 :
Evolution de la perception du rôle du médecin



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

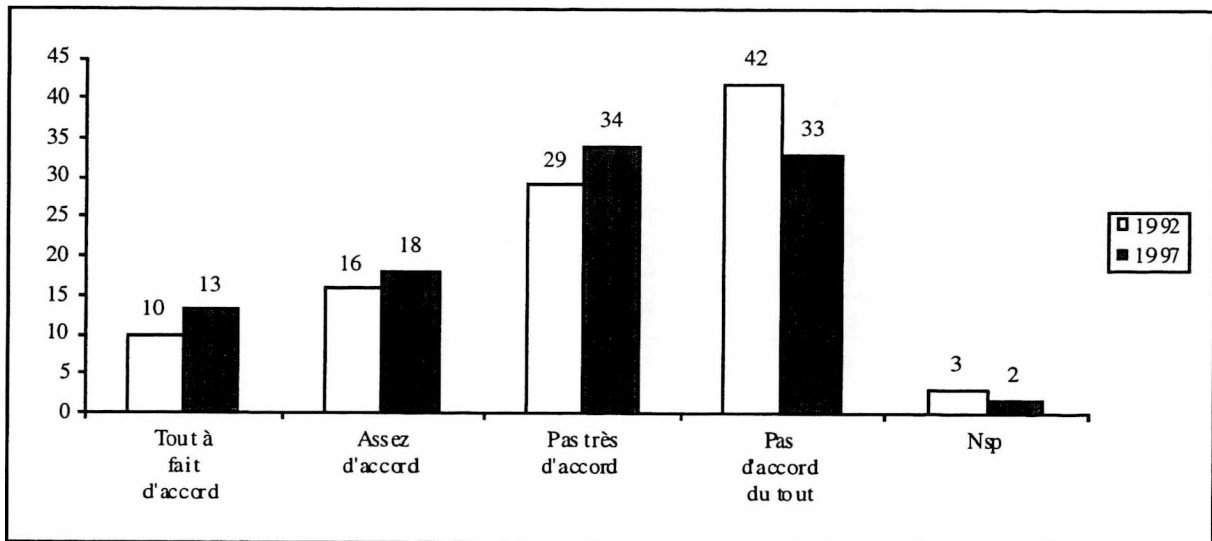
Rappel de la question : "le maintien en bonne santé de la population est l'affaire des médecins"

II. 1. 2. Le médecin amené à jouer un rôle croissant dans la prévention

Il apparaît donc qu'en 1997, par rapport à 1992, les personnes interrogées sont un peu plus nombreuses à penser que le médecin a un rôle à jouer dans la prévention, notamment quand il s'agit d'assurer un suivi régulier. Il est cependant tout aussi certain que cette opinion n'est pas partagée par tous de la même façon, et révèle là encore un clivage social assez marqué.

Avant d'aborder plus précisément cette question, on ne peut manquer de rapprocher ce constat du résultat obtenu à une autre question où l'on peut objectiver la même tendance. Un nombre croissant de Français déclare en effet cette année que la prévention c'est aussi une question de nombre de médecins : en 1997, 31% pensent que pour améliorer l'état de santé, il faut "*augmenter le nombre des médecins*", alors qu'il y a cinq ans ceux qui partageaient cet avis n'étaient que 26%.

Graphique n°15 :
Evolution de la nécessité perçue d'augmenter le nombre de médecins



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Rappel de la question : *"Il faut augmenter le nombre des médecins"*

C'est bien là un changement d'ordre qualitatif que l'on peut mesurer car on ne peut pas enregistrer une modification importante du nombre des consultations. En 1997, 62% des personnes interrogées ont rendu visite à un généraliste au cours des trois derniers mois, et elles étaient 59% à avoir fait de même en 1992. De plus, cette année, 36% sont allées voir un spécialiste, tandis qu'elles étaient 33% à avoir fait la même chose en 1992.

Comme il y a cinq ans, le recours au médecin est globalement d'autant plus fréquent qu'on se perçoit en mauvaise santé, en particulier quand on déclare ressentir des difficultés dans sa vie quotidienne. Cette liaison, toutefois, apparaît plus faiblement que par le passé notamment du fait du nombre croissant de personnes qui ont consulté bien qu'étant en bonne santé. C'est là un des enseignements importants de cette étude que de montrer plus clairement que par le passé cette tendance selon laquelle augmente le nombre des personnes consultant un médecin, bien qu'étant en bonne santé, dans une optique de prévention. Le tableau suivant montre très bien que cette légère évolution constatée dans le nombre des consultations entre 1992 et 1997 est surtout le fait de personnes qui se sentent en bonne santé et que l'évolution des consultations d'un généraliste diminue à mesure que la perception de son état de santé se dégrade.

Tableau n°10 :
Evolution des consultations chez un généraliste

Limitation par l'état de santé	Trouve son état de santé très ou assez satisfaisant			Trouve son état de santé pas très ou pas du tout satisfaisant	
	Aucune	Sur le sport et l'alimentation	Dans les déplacements	Aucune ou bien sur le sport et l'alimentation	Dans les déplacements
1992	46%	56%	71%	85%	71%
1997	51%	60%	72%	80%	68%

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Cette tendance, d'ailleurs, C. Herzlich l'a déjà montrée en notant que les catégories supérieures, celles dont la santé objective et la santé perçue sont les meilleures, vont de plus en plus chez le médecin dans le but de prévenir des affections, contrôler leur état de santé, voire chercher un conseil ou une information ¹⁴. Elle dénote très certainement un aboutissement de cette logique de la prévention par la responsabilisation personnelle, même si elle reste pour l'heure limitée surtout aux couches sociales les plus favorisées. P. Mormiche de l'INSEE, cependant, tout en objectivant bien cette tendance selon laquelle, dans les années 80 on a pu observer une progression sensible des recours préventifs aux médecins, signale que l'écart entre les CSP tend à s'atténuer ¹⁵.

Ce sont les femmes de ces milieux privilégiés qui se montrent le plus attachées à entretenir un suivi médical : bien qu'étant en bonne santé, 73% d'entre elles ont en effet consulté un médecin généraliste au cours des trois derniers mois.

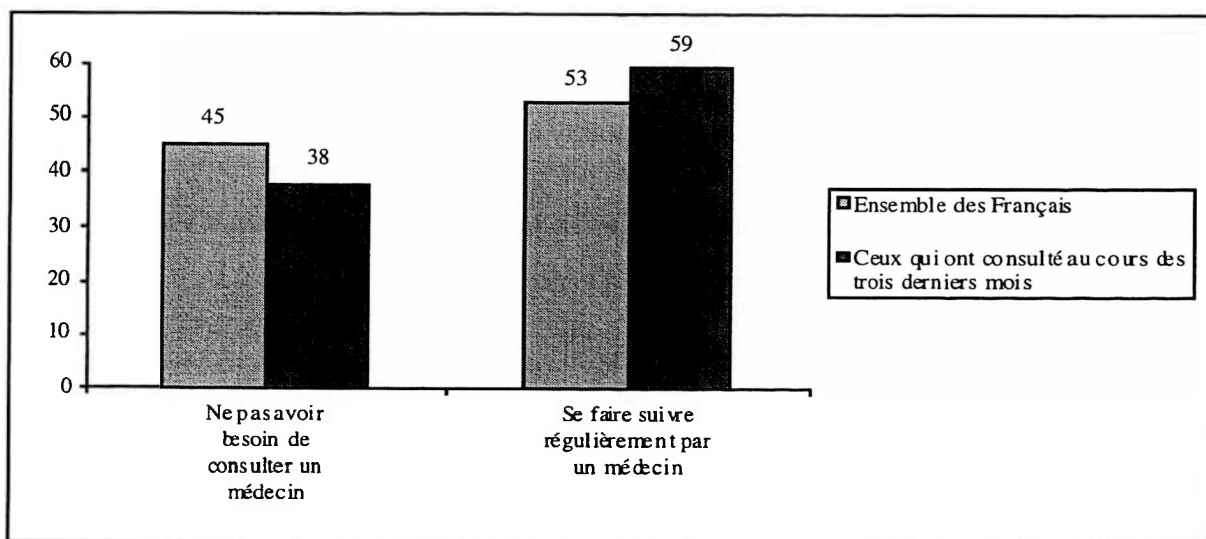
Du point de vue de la représentation de la santé, ces personnes en bonne forme et qui pourtant ont récemment rendu visite à un médecin généraliste associent bien moins que les autres la consultation d'un médecin à la maladie. Si 45% des Français interrogés sont en effet tout à fait d'accord avec cette idée selon laquelle la bonne santé c'est avant tout "ne pas avoir besoin de consulter un médecin", ce ne sont plus que 38% de ceux qui, bien que se sentant bien, ont consulté au cours des trois derniers mois. Par ailleurs, ces personnes sont

¹⁴ C. HERZLICH et P. ADAM : *Sociologie de la maladie et de la médecine*, op. Cit. P20.

¹⁵ P. MORMICHE : "Deux décennies d'évolution des consommations médicales", in *Enquête sur la santé et les soins médicaux, actes du colloque du 20 juin 1994, INSEE Résultats*, n° 345-346, novembre 1994, pp. 25-34.

évidemment plus nombreuses que les autres à déclarer que la prévention, cela consiste aussi “à se faire suivre régulièrement par un médecin”. Cette année, 53% des personnes interrogées ont déclaré être tout à fait d'accord avec cette proposition, mais ce sont 59% de celles qui ont récemment consulté quoiqu'étant en bonne santé.

Graphique n°16 :
Comparaison du rôle perçu du médecin et de la consultation dans la prévention



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des personnes ayant déclaré être « tout à fait » d'accord avec les opinions proposées.

A contrario, le fait de voir un spécialiste semble bien moins relever de la prévention. Les personnes en bonne santé ont certes bien moins que les autres consulté un médecin spécialiste au cours des trois derniers mois, mais cette proportion n'a pas varié en cinq ans. Cette année, si 36% des Français sont allés consulter un spécialiste, ce sont 29% de ceux qui sont en pleine possession de leurs moyens physiques, 32% de ceux qui ressentent quelques difficultés dans leur vie quotidienne, et ce sont les deux tiers de ceux qui ont des problèmes plus handicapant.

Il apparaît donc que le modèle dominant de la prévention reste certainement celui de la responsabilisation individuelle, même si un plus grand nombre de personnes conçoit désormais que le médecin puisse aussi jouer un rôle plus important, ne serait-ce que dans le but de réaliser une prévention "sur mesure". Cependant, il apparaît aussi qu'un nombre significativement plus grand de personnes a aussi conscience du rôle que jouent les conditions de vie dans la production et la reproduction de la santé, et tout particulièrement tout ce qui relève de la précarisation.

C'est ce sentiment partagé qui peut permettre de comprendre pourquoi ce paradigme de la responsabilité personnelle tend malgré tout à s'émousser, même si cette évolution est encore peu perceptible : nous avons en effet montré plus haut que le nombre de ceux qui étaient tout à fait d'accord avec cette idée selon laquelle "le maintien en bonne santé c'est votre propre affaire" est en diminution de 11% par rapport à notre enquête de 1992.

II. 2. La conscience du rôle des conditions de vie diminue le sentiment d'une responsabilité personnelle

La conscience de la dégradation des rapports sociaux due au chômage et à la précarisation des conditions de vie, est un des éléments qui apparaît très manifestement cette année par rapport à l'enquête précédente. Or il est clair que ce sentiment pourrait tendre à diminuer la part de la responsabilité personnelle, et générer le début d'un changement dans le modèle de la prévention.

En réalité, il est bien entendu trop tôt pour anticiper sur le sort que connaîtra à terme le modèle dominant. Pour l'heure, qu'il suffise d'indiquer qu'une conception plus "holistique" de la santé et de la prévention, c'est à dire qui la rattache intrinsèquement aux conditions "environnementales" de la personne au sens large, se développe en marge du modèle le plus prégnant (celui de la responsabilité personnelle), car rien n'indique qu'ils soient définitivement incompatibles et exclusifs, autrement dit que l'un doive succéder à l'autre.

II. 2. 1. L'émergence des problèmes sociaux

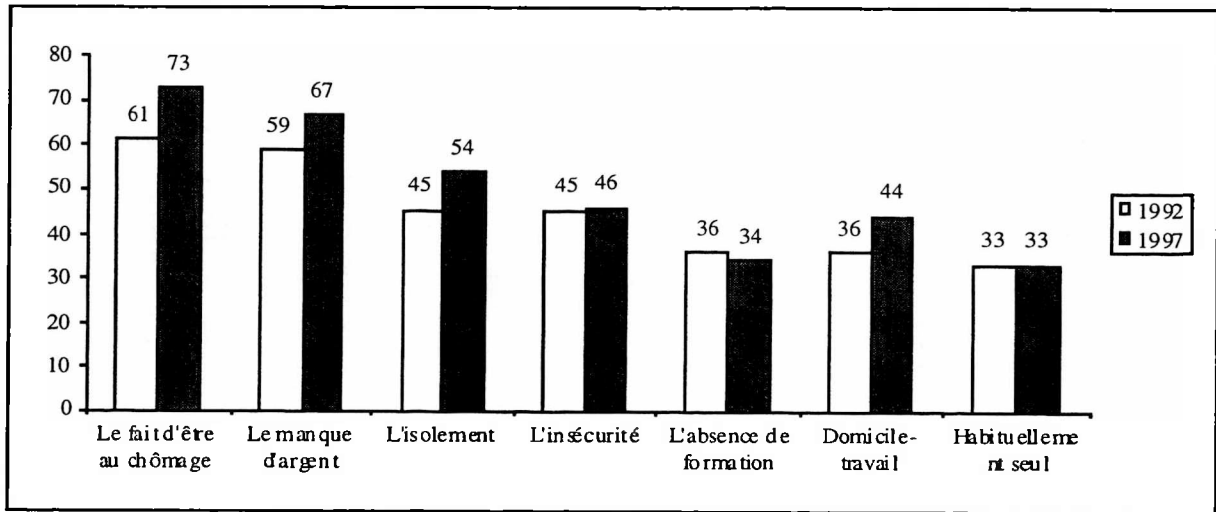
Si une majorité de personnes pense donc que la prévention des risques sanitaires passe par une certaine discipline personnelle, le nombre de ceux qui estiment aussi que les problèmes sociaux ont une influence directe sur la santé tend à augmenter de manière très significative.

En 1992, par exemple, 61% des personnes interrogées pensaient que le chômage jouait un rôle sur l'état de santé, alors qu'elles sont aujourd'hui 73% à partager cette opinion. De même en ce qui concerne le manque d'argent, l'isolement par rapport aux enfants, et l'éloignement domicile-travail, thèmes pour lesquels on enregistre un net accroissement de ceux qui pensent que cela détermine dans une certaine mesure la construction et le maintien de la bonne santé.

Graphique n°17

Evolution du rôle perçu des conditions de vie

« Les problèmes suivants jouent-ils, d'après vous, un rôle sur l'état de santé ? »



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des personnes ayant déclaré être « tout à fait » d'accord avec les opinions proposées.

Par opposition, le sentiment d'insécurité ne semble pas jouer un rôle plus important aujourd'hui qu'en 1992, même si 46% des Français reconnaissent tout de même que cela détermine dans une certaine mesure la construction ou le maintien de la santé. Ainsi en est-il aussi du manque de formation et de l'habitude de vivre seul, pour lesquels on ne peut noter une évolution significative entre 1992 et 1997.

Au total, ce sont 71% des personnes interrogées cette année qui ont désormais pris conscience du rôle que jouent certaines conditions sociales (c'est à dire le chômage et/ou le manque d'argent et/ou l'isolement), alors qu'elles n'étaient que 64% en 1992.

Cette conscience du poids des problèmes sociaux est relativement bien partagée entre les différents groupes sociaux puisque même les cadres, et ceux qui perçoivent les revenus les plus élevés, déclarent aujourd'hui plus qu'en 1992 que le chômage et le manque d'argent, notamment, déterminent la santé.

Certes les catégories les plus favorisées abondent largement dans le sens du modèle de prévention axé sur la responsabilité personnelle, comme on l'a déjà montré, ne serait-ce que par le recours qu'ils ont au médecin. Egalement, ils sont plus souvent que les autres "assez d'accord" pour penser qu'il faut "*mener des campagnes d'information et de dépistage*", qu'il faut "*faire attention à son alimentation*" et "*à sa consommation de tabac et d'alcool*", et qu'il convient d'"*être à jour dans ses vaccinations*"... bref, que la santé c'est avant tout "*l'affaire de*

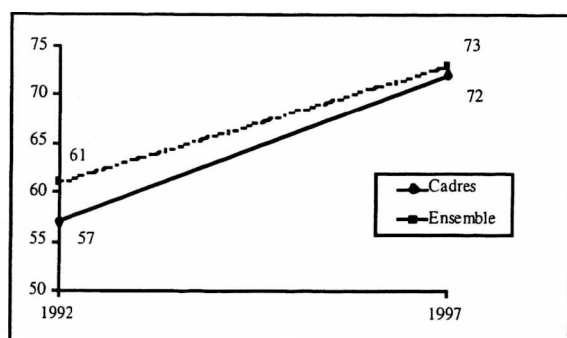
chacun". Mais en même temps, une nette évolution caractérise leurs réponses entre 1992 et 1997 en ce qui concerne les problèmes sociaux parmi lesquels, en premier lieu, le chômage, et le manque d'argent.

Par rapport à l'enquête de 1992, on peut montrer une évidente sensibilisation des catégories les plus aisées en ce qui concerne les problèmes sociaux. Par exemple, cette année, 31% des cadres accordent plus d'importance à certains thèmes sociaux *stricto sensu* (c'est à dire le chômage, le manque de ressources, l'isolement par rapport aux enfants et le fait de vivre seul) par rapport aux autres thèmes (l'insécurité, le manque de formation, l'éloignement domicile-travail), tandis qu'en 1992, ils n'étaient que 22% à hiérarchiser ces problèmes de la même façon. A l'époque, rien ne distinguait leurs réponses de celles de l'ensemble de la population sur ces questions.

C'est, en outre, manifestement sur le chômage et le manque d'argent que l'évolution est la plus remarquable : il y a cinq ans, les cadres étaient 57% à conférer au premier un rôle dans la santé, et ils sont aujourd'hui 72%. L'évolution entre ces deux dates en ce qui concerne le manque d'argent, va de 48% à 61%. C'est donc chez les cadres et les catégories les plus élevées, d'une manière générale, que cette prise de conscience est la plus significative, même si l'importance accordée par eux à l'influence des problèmes sociaux reste moindre que dans l'ensemble de la population.

Graphique n°18

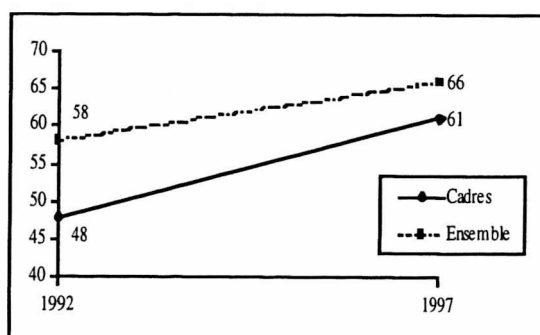
Evolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des Français sur le rôle du **chômage**



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Graphique n°19

Evolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des Français sur le rôle du **manque d'argent**



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Remarque : Pour ce graphique et pour les suivants, on pourra vérifier en annexe que les effets observés persistent à structure d'âge égale.

Aujourd'hui, ce sont 18% des cadres qui déclarent être "tout à fait" d'accord pour penser que ce sont en effet là (le chômage et le manque d'argent, à l'exclusion des autres propositions), deux conditions qui déterminent directement l'état de santé, contre 11% de l'ensemble des personnes interrogées. Ils sont aussi plus souvent que les autres catégories assez d'accord pour penser que l'éloignement du domicile par rapport au lieu de travail joue un rôle dans l'état de santé (46% au lieu de 37% pour l'ensemble des Français).

Ils rejettent, en revanche, plus volontiers d'autres thèmes comme le sentiment d'insécurité (dont 30% pensent que cela ne joue pas directement de rôle dans la santé, comme 20% seulement de l'ensemble des personnes interrogées), l'absence de formation (respectivement 45% vs. 32%). De même, ils ne croient pas que l'amélioration du confort des logements et des conditions de travail aient un réel intérêt du point de vue de la santé.

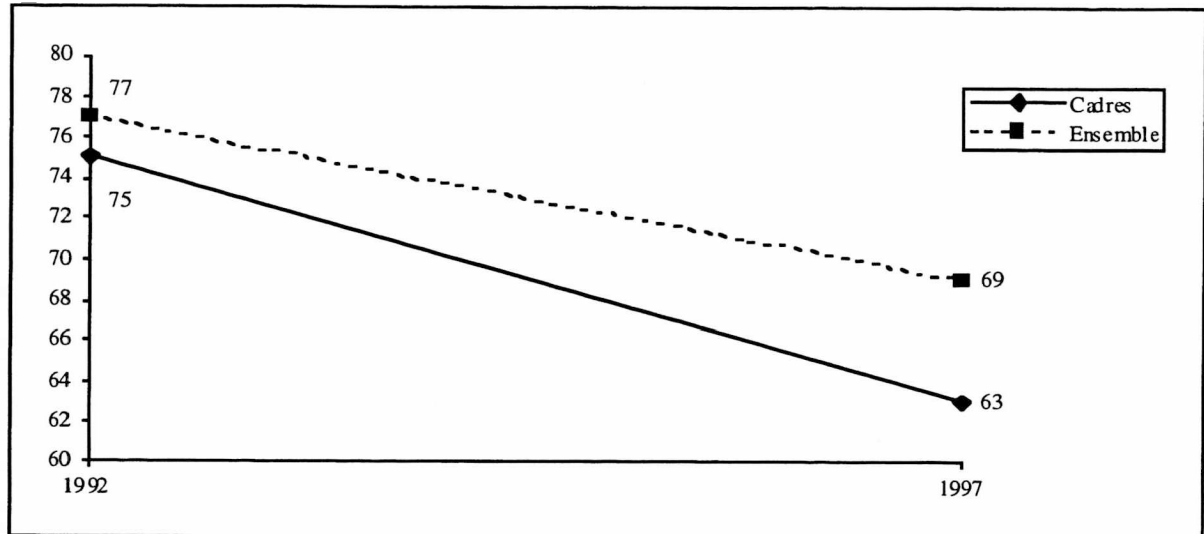
Or cette sensibilisation aux problèmes sociaux ne va pas sans modifier la conception que l'on peut avoir de la prévention. Ainsi les personnes chez qui cette prise de conscience du rôle que jouent désormais le chômage et le manque de ressources, notamment, est la plus aigüe, sont aussi celles qui conçoivent un modèle plus "global" de la prévention, en ce sens qu'il porte davantage sur les conditions de vie objectives que sur la responsabilité personnelle. On observe ainsi que 63% de ces personnes sensibilisées aux problèmes liés à la précarisation des conditions de vie pensent qu'il faut "changer les conditions de travail", contre 35% de l'ensemble des Français. De même, 54% de ces mêmes personnes pensent que la santé est un problème de cadre de vie et de travail, alors que 43% de l'ensemble des Français interrogés partagent cette opinion. Enfin, 51% d'entre eux estiment qu'il faut améliorer le confort des logements, tandis que seulement 38% des Français s'accordent avec cet avis.

Les cadres, en somme, représentent la catégorie qui illustre le mieux cette équivoque entre les deux modèles. Ils considèrent à la fois que la santé est avant tout un problème personnel (pour eux-mêmes ?), mais pensent aussi de plus en plus que c'est aussi un problème social qui dépasse largement les mesures que chacun peut prendre pour préserver sa santé (pour les moins favorisés ?).

En outre, le nombre des cadres qui pensent que la santé est leur propre affaire a plus diminué entre 1992 et 1997 que celui de l'ensemble des Français, en même temps que s'accroît leur prise de conscience des conditions sociales : en 1992, 75% d'entre eux pensaient en effet que la santé, c'est une affaire de responsabilité personnelle, comme 77% de l'ensemble des Français, mais ils sont aujourd'hui 63% à conserver le même avis, comme 69% de l'ensemble des personnes interrogées.

Graphique n°20

Evolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des Français sur la responsabilité personnelle



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des personnes ayant déclaré être "tout à fait" d'accord avec l'opinion selon laquelle la santé c'est "votre propre affaire".

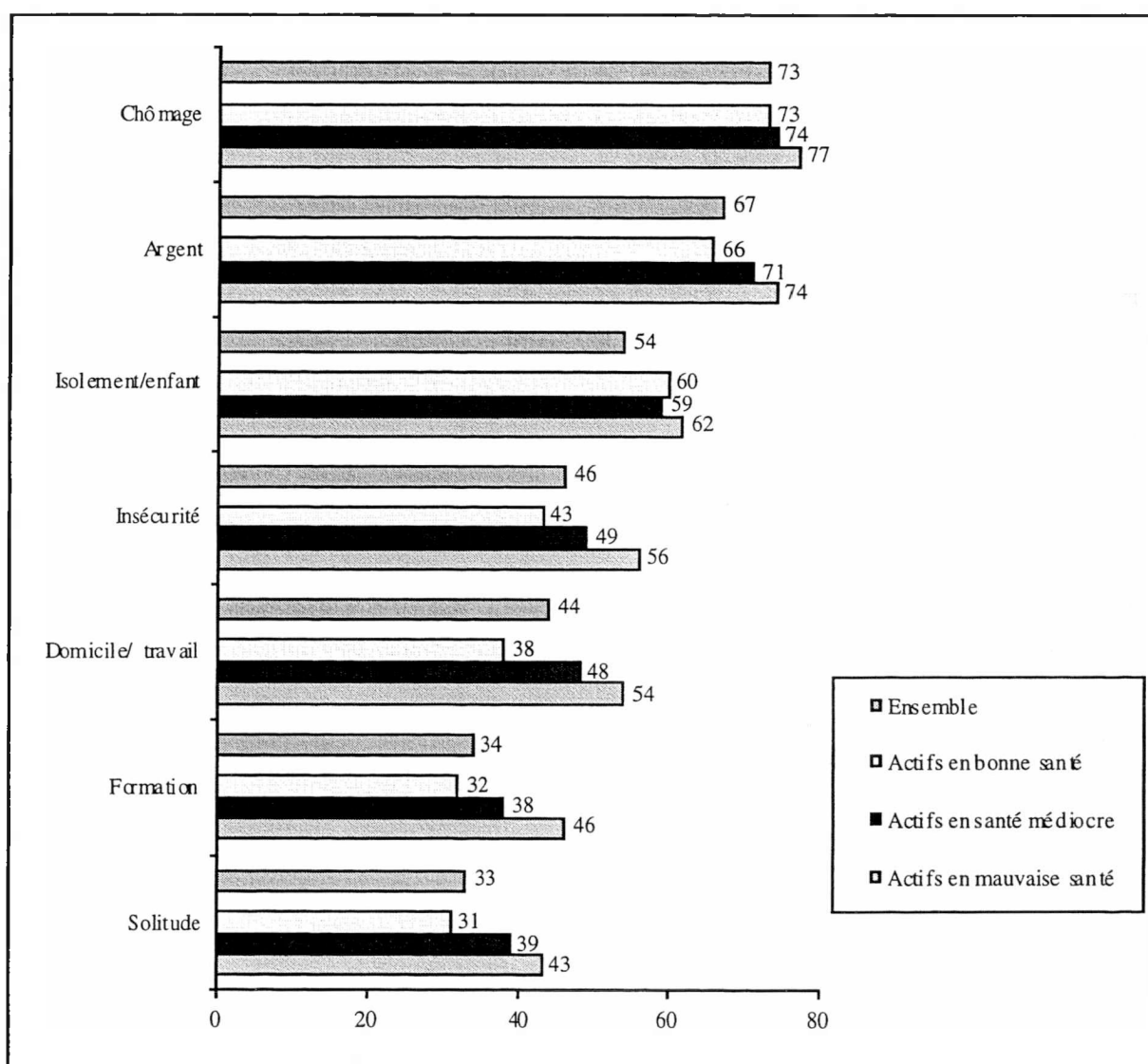
II. 2. 2. Un modèle pluriel de la prévention

Il faut cependant relativiser cette évolution en ce sens que si la sensibilisation aux problèmes sociaux augmente bien dans toutes les couches de la population, elle n'entraîne pas systématiquement, c'est le moins qu'on puisse dire, un recul significatif du sentiment d'une responsabilité personnelle. Le paradoxe tient d'ailleurs dans le fait que la sensibilisation aux conditions sociales qui sont susceptibles de porter atteinte à la santé est d'autant plus grande que l'état de santé se dégrade, alors que c'est précisément ceux qui pensent le plus être en mauvaise santé qui restent aussi attachés au paradigme de la responsabilisation. Ce constat va donc à l'encontre de l'idée reçue selon laquelle le public adhérerait d'autant plus à une responsabilité personnelle que sa santé serait bonne, tandis qu'il aurait tendance à mettre en cause d'autres facteurs lorsque sa santé serait défaillante... étant entendu que ce serait ainsi le moyen de se déculpabiliser. En réalité, le paradoxe n'est qu'apparent puisque, comme nous allons le montrer, ces personnes dont la santé est la plus fragile sont celles qui sont le plus amenées à consulter un médecin et à faire attention à leur hygiène de vie.

Après le constat d'une sensibilisation croissante de la majeure partie de la population en ce qui concerne les problèmes sociaux, il faut ajouter que cette prise de conscience est d'autant plus importante, globalement, que l'état de santé perçu se détériore. Si l'on ne considère dans un premier temps, par exemple, que les actifs (hormis les cadres dont on a déjà parlé), on observe bien sur la plupart des indicateurs cette remarquable régularité : le nombre de ceux qui se déclarent tout à fait d'accord avec chacun des facteurs augmente très régulièrement à mesure que la perception de l'état de santé se dégrade.

Graphique n°21 :

Comparaison des réponses sur le rôle joué par les conditions de vie entre actifs
(hors cadres), selon leur état de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des personnes ayant déclaré être "tout à fait" d'accord avec chacune des propositions.

Dans ce tableau assez général, on note que les écarts de perception entre les actifs en bonne santé et les actifs en mauvaise santé sont particulièrement importants en ce qui concerne le manque d'argent, l'insécurité, l'éloignement domicile-travail, le manque de formation, ainsi que l'habitude de vivre seul.

Pour bien comprendre le sens de cette sensibilisation relativement plus importante des actifs en moins bonne santé par rapport aux autres, il faut rappeler qu'en général, comme cela a été évoqué au cours de la première partie de ce document, ils sont issus des catégories les moins favorisées de la population... autrement dit les plus directement concernées par la précarisation des conditions de vie. L'état de santé n'est donc en soi pas le seul facteur explicatif de cette sensibilisation plus grande, mais renvoie également aux conditions de vie objectives, voire aux conditions de travail. En effet, si 48% de l'ensemble des Français déclarent être tout à fait d'accord pour reconnaître que la prévention consiste aussi à améliorer les conditions de travail, ce sont 60% des actifs en mauvaise santé qui sont d'accord avec cette opinion.

On ne peut manquer de rapprocher ces données d'un autre constat établi précédemment selon lequel la perception de l'état de santé était significativement moins bonne chez ceux qui sont divorcés, séparés ou veufs que chez les célibataires. Cette remarque rejoint complètement la perception que l'ensemble des Français a de ce problème de la rupture familiale : le nombre de ceux qui estiment en effet que le fait de vivre séparé de ses enfants peut constituer un préjudice pour la santé (54%), est très supérieur à celui des personnes qui pensent que le fait de vivre habituellement seul peut avoir la même influence (33%).

En termes d'évolution, entre nos deux vagues d'enquête, on peut constater que cette prise de conscience du rôle que jouent certains problèmes sociaux est surtout le fait des actifs qui se sentent en "assez mauvaise santé". C'est en effet dans cette catégorie de population que l'écart enregistré entre 1992 et 1997 est le plus important pour la plupart des indicateurs. Trois propositions font cependant exception : "le manque d'argent", "le sentiment d'insécurité" et "le manque de formation", pour lesquelles l'évolution la plus remarquable a eu lieu chez les actifs en "très ou assez bonne santé".

A la manière de ce qu'on a décrit chez les cadres précédemment, il s'agit en quelque sorte d'un "rattrapage" par lequel les actifs les plus favorisés (d'un point de vue économique, social mais aussi sanitaire), accordent davantage leur opinion avec celle de l'ensemble des Français.

Tableau n°11

Les facteurs de la santé d'après les actifs (hors cadres) : pourcentages et évolution, selon l'état de santé

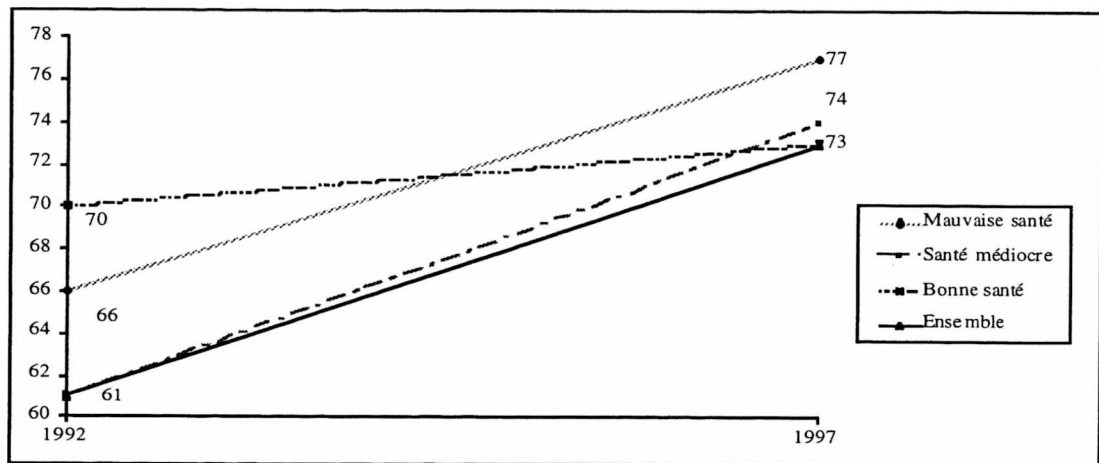
	Ensemble		Actifs en bonne santé		Actifs santé médiocre		Actifs mauvaise santé	
	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97
Chômage	73	+12	73	+3	74	+13	77	+11
Argent	67	+7	66	+12	71	+7	74	+4
Isolement	54	+9	60	+7	59	+12	62	+10
Insécurité	46	+1	43	+8	49	+2	56	-1
Formation	34	-2	32	+9	38	+1	46	+3
Eloignement	44	+8	38	+5	48	+16	54	+6
Vivre seul	33	0	31	+1	39	+4	43	-3

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Un graphique en courbe montre sans doute mieux que le tableau précédent de quelle manière la prise de conscience que joue le chômage dans la santé est particulièrement sensible chez toutes les catégories d'actifs, en tout cas plus que la moyenne des Français, et en particulier ceux qui sont en mauvaise santé.

Graphique n°22 :

Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) et de l'ensemble des Français sur le rôle du **chômage**, selon l'état de santé



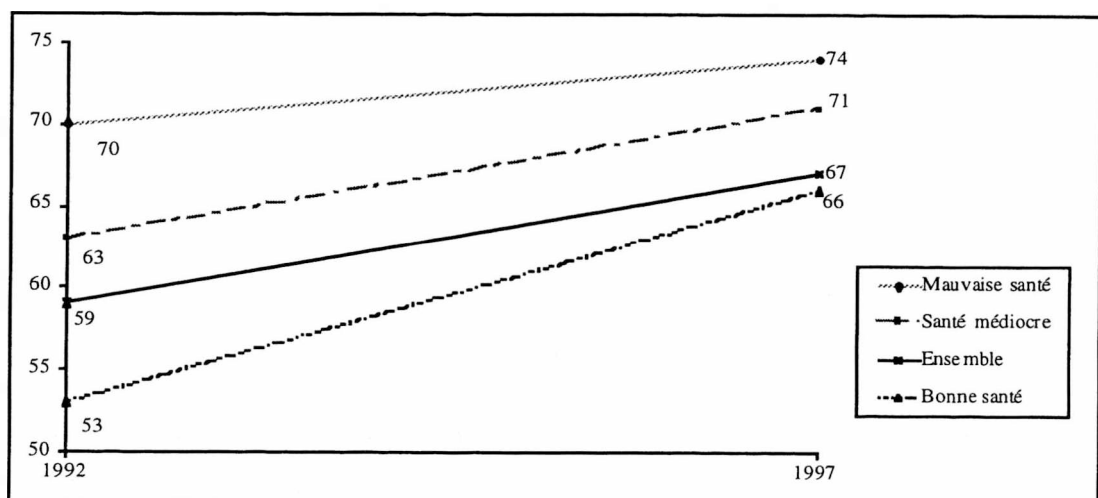
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des personnes ayant déclaré être "tout à fait" d'accord.

Un graphique comparable sur la question du manque d'argent montre comment la sensibilisation est la plus évidente chez les actifs en bonne santé, dont l'opinion est désormais presque conforme à la moyenne nationale, même si le mouvement ne suffit pas pour atteindre le niveau de perception des actifs en moins bonne santé.

Graphique n°23 :

Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) et de l'ensemble des Français sur le rôle du **manque d'argent**, selon l'état de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des personnes ayant déclaré être "tout à fait" d'accord.

Cette progression différenciée de la conscience du poids de certains problèmes sociaux dans la construction de la santé, se traduit-elle par un recul significatif du sentiment de responsabilisation ?

A cette question, il n'existe pas une seule réponse claire mais plusieurs, qui dépendent surtout de l'état de santé et du rapport que chacun entretient non seulement avec la maladie, mais aussi que le corps médical.

Chez les actifs en bonne santé, encore une fois, on observe un mouvement semblable à celui qu'on a déjà décrit chez les cadres, à savoir une diminution importante de ceux qui pensent que la santé c'est d'abord l'affaire d'une responsabilité personnelle. En revanche, c'est un mouvement contraire qu'on enregistre chez les actifs en moins bonne santé, en ce sens que prévaut désormais chez eux, plus qu'en 1992 à tout le moins, le sentiment que le maintien en bonne santé est avant tout leur propre affaire, c'est à dire une question d'hygiène de vie (alimentation équilibrée, restrictions sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire, etc.).

Tableau n°12 :

Evolution comparée de l'opinion des actifs (hors cadres) sur la responsabilité personnelle, selon l'état de santé

État de santé	Évolution		
	1992	1997	Différence
• En bonne santé	76%	65%	- 10
• Santé médiocre	78%	73%	- 5
• Mauvaise santé	71%	73%	+ 1

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des actifs ayant déclaré être "tout à fait" d'accord avec l'opinion selon laquelle la santé c'est "*votre propre affaire*".

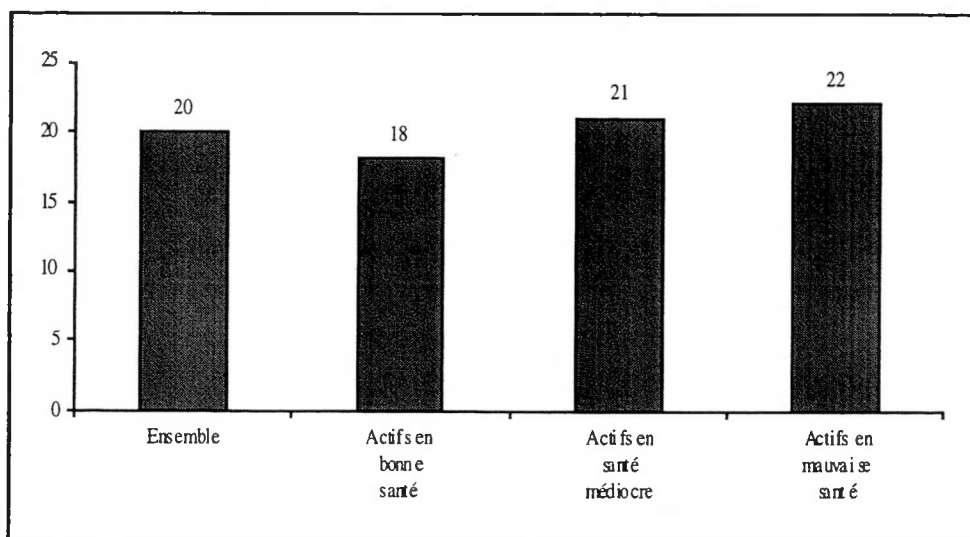
La santé, en d'autres termes, est bien plus une affaire de responsabilité personnelle chez ceux qui se sentent déjà affaiblis même si, par ailleurs, ce sont également eux qui ont bien plus pris conscience que les autres, en meilleure santé, de l'impact des problèmes sociaux sur la santé.

Il est clair que cette responsabilisation renvoie, pour ces actifs de santé précaire, au fait que ce sont eux qui doivent déjà le plus faire attention à ce qu'ils mangent, à ce qu'ils boivent, et à être suivi par un médecin. En ce qui concerne d'ailleurs les contacts avec le monde médical, on peut noter que c'est chez ces personnes qu'ils sont le plus fréquents : 85% des actifs en mauvaise santé ont consulté un généraliste et/ou un spécialiste et/ou ont été hospitalisés au cours des trois derniers mois, alors que 70% de l'ensemble des Français sont dans ce cas. De plus, le nombre des actifs qui pensent que la santé c'est aussi "l'affaire des médecins" augmente régulièrement à mesure que l'état de santé se dégrade, comme l'indique le graphique suivant.

Enfin, on peut légitimement supposer que ces contacts avec les médecins ne sont pas étrangers avec cette attention que les actifs de santé médiocre ou mauvaise doivent porter à différents gestes de leur vie quotidienne, étant entendu que c'est là, précisément, un facteur de sensibilisation aux risques liés à certains comportements individuels, et de prescription des règles de cette hygiène de vie minimale.

Graphique n°24 :

Perception du rôle du médecin par les actifs (hors cadres), selon leur état de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des actifs ayant déclaré être "tout à fait" d'accord avec l'opinion selon laquelle la santé c'est "l'affaire des médecins".

On peut, mutatis mutandis, dresser le même constat global en ce qui concerne les retraités : il apparaît, d'une part, une conscience plus grande du poids des problèmes sociaux sur la santé; mais, d'autre part, cela ne se traduit pas non plus systématiquement par un recul du sentiment d'une responsabilité personnelle. Comme c'est le cas pour les actifs, c'est auprès des retraités qui se déclarent en bonne santé que ce sentiment marque le plus net recul.

L'opinion des retraités sur le rôle que jouent un certain nombre de problèmes sociaux présente un certain nombre de similitudes par rapport à celle des actifs. Le premier de ces points communs tient dans l'évolution qu'a connue au cours de ces cinq dernières années la conscience qu'ont les retraités de l'impact des conditions de vie sur la santé. Cette évolution est particulièrement notable compte tenu du fait que la sensibilité des retraités au regard des problèmes sociaux et de leur interaction avec la santé, apparaissait déjà très supérieure à ce qu'elle était dans le reste de la population.

D'ailleurs, ce principe de hiérarchisation n'a quant à lui pas varié : en 1997, comme en 1992, le nombre des retraités qui se déclarent "tout à fait" d'accord pour reconnaître que chacun des thèmes proposés joue en effet un rôle sur la santé, est presque toujours supérieur au nombre des Français qui partagent ces avis.

Tableau n°13 :

Les facteurs de la santé selon les retraités : pourcentages et évolution,
selon l'état de santé

	Ensemble		Retraités en bonne santé		Retraités santé médiocre		Retraités mauvaise santé	
	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97	% tout à fait d'accord 1997	Evolution 92/97
Chômage	73	+12	83	+11	73	+13	80	+11
Argent	67	+8	73	+6	69	+3	76	+13
Isolement	54	+9	53	+5	57	+17	56	+7
Insécurité	46	+1	50	-6	66	+19	65	+12
Formation	34	-2	42	-7	34	-2	33	-24
Eloignement	44	+8	50	+4	55	+8	58	+6
Vivre seul	33	0	43	+3	47	+10	42	+5

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Certaines spécificités des jugements exprimés par les retraités valent toutefois d'être signalées.

La première des réponses qui caractérisent les retraités par rapport aux autres catégories de population, concerne la perception qu'ils ont du problème de l'insécurité. Il s'agit là d'un phénomène tout à fait déterminant pour eux, en tout cas davantage, globalement, que "l'isolement par rapport aux enfants". Le nombre de ceux qui se déclarent tout à fait d'accord pour établir une relation entre le sentiment d'insécurité et la santé a de plus très significativement augmenté entre 1992 et 1997 chez les retraités les moins en forme, c'est à dire ceux qui se disent "peu" ou bien "pas du tout" satisfaits de leur état de santé. A l'inverse, au cours de cette période, c'est un problème perçu comme bien moins crucial par les retraités en pleine possession de leurs moyens physiques. C'est donc là une évidente ligne de fracture entre les retraités les plus jeunes, en meilleure santé donc, et les autres.

D'une manière plus générale, d'ailleurs, c'est sur l'ensemble des réponses qu'existe un clivage entre les retraités qui se déclarent en bonne santé, d'une part, et ceux qui se déclarent en "assez" ou bien en "très" mauvaise santé, d'autre part... encore que l'écart entre ces deux groupes soient la plupart du temps plus modeste qu'il ne l'était entre les actifs de condition de santé différentes.

En général, c'est à dire sauf en ce qui concerne le chômage et la formation, ce sont les retraités de santé médiocre voire mauvaise, qui sont le plus souvent d'accord avec la plupart des thèmes proposés (c'est à dire au moins quatre) : 60% des retraités de santé médiocre sont dans ce cas, comme 64% des retraités en mauvaise santé, alors que la moyenne établie sur l'ensemble de l'échantillon est en l'occurrence de 49%.

La sensibilisation des retraités aux problèmes sociaux, et aux déterminants collectifs de la santé est donc la plus aigüe, et en même temps encore en voie d'accentuation, et cela d'autant plus que leur santé est fragile. Mais en même temps, c'est chez les retraités qu'on pense le plus que la santé c'est un problème de discipline personnelle. Ainsi, alors que 69% des Français se disent tout à fait d'accord pour reconnaître que la santé c'est leur propre affaire, ce sont 77% des retraités en bonne santé, 73% des retraités de santé médiocre et 76% des retraités en mauvaise santé.

On notera ici que l'état de santé joue un rôle bien moindre que celui qu'on a constaté pour les actifs, c'est à dire que la plupart des retraités approuvent cette proposition, quelle que puisse être la perception de leur état de santé puisque les écarts sont relativement faibles. Plus significatives apparaissent en revanche les évolutions constatées entre 1992 et 1997. Si

comme on l'a remarqué sur l'ensemble de la population, la proportion des retraités qui pensent que la santé est une question de responsabilité personnelle diminue, elle baisse d'autant moins qu'ils ont des difficultés avec leur santé.

Tableau n°14 :

Evolution comparée de l'opinion des retraités sur la responsabilité personnelle, selon l'état de santé

État de santé	Évolution		
	1992	1997	Différence
• En bonne santé	86%	77%	- 9
• Santé médiocre	80%	73%	-7
• Mauvaise santé	78%	76%	-2

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Note : les pourcentages sont ceux des retraités ayant déclaré être "tout à fait" d'accord avec l'opinion selon laquelle la santé c'est "*votre propre affaire*".

On ne peut manquer de rapprocher cette évolution, comme on l'a fait pour les actifs, des taux de consultation médicale. Or il est patent que, d'une part, le nombre des retraités qui ont consulté au cours des trois derniers mois est en moyenne plus élevé que pour l'ensemble des Français ; et que, d'autre part, il est bien évidemment plus élevé chez ceux qui se déclarent en "assez" ou "très" mauvaise santé que chez ceux qui se déclarent en bonne santé.

Tableau n°15 :

Taux de consultation des retraités, selon leur état de santé

	N'a pas consulté	A consulté un généraliste	A consulté Un spécialiste	A été hospitalisé	Total
Ensemble	35	29	30	6	100 %
Retraités en bonne santé	25	37	29	9	100 %
Retraités en assez mauvaise santé	13	42	40	5	100 %
Retraités en très mauvaise santé	18	33	42	7	100 %

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Autrement dit, même si les retraités ont pris conscience (et même un peu plus que le reste de la population) de la relation qui existe entre certains problèmes sociaux et la santé, et cela d'autant plus qu'il se sentent eux-mêmes fragilisés, cela n'affecte pas de la même façon leurs comportements individuels : les retraités restent globalement prudents dans leurs habitudes de vie, traduisant ainsi leur attachement au modèle de la responsabilisation, et cela d'autant plus que leur santé est précaire¹⁶.

La dégradation des rapports sociaux, du fait notamment de l'augmentation du chômage et de la précarité, qui s'est poursuivie entre les deux vagues de notre enquête, a clairement fait prendre conscience au Français des conséquences qu'elle pouvait avoir sur leur état de santé. Or cette sensibilisation aux déterminants sociaux, jointe à ce que l'on a appelé une "sensibilité écologiste", tend à élargir considérablement le champ d'appréhension des problèmes sanitaires : il apparaît que ceux-ci sont de plus en plus conçus dans leur interaction avec les "conditions de vie", au sens large de l'expression.

Il est évident que ce modèle que nous avons dit "holistique", en ce sens que ce qui le caractérise est bien une approche globale de la santé, interdépendante des conditions de l'environnement social, n'est pas sans modifier la conception que le public peut avoir d'une politique de santé. Si comme le soutiennent notamment C. Herzlich et P. Adam, "la politique de santé s'est orientée vers la diffusion d'informations devant convaincre les individus de modifier leurs comportements",¹⁷ cette approche fondée sur une responsabilisation individuelle ne rencontre qu'en partie les aspirations du public. Certes, ce modèle est désormais bien ancré dans les esprits (même si des efforts sont certainement encore à faire en la matière), et domine encore assez largement la perception que les Français ont de la santé, on ne peut plus concevoir que ce modèle soit désormais le seul.

Le nouveau paradigme de la santé qui tend à se faire jour, par ailleurs, n'est apparemment pas concurrent du modèle de la responsabilisation individuelle, du moins pour tous les publics. Ceux qui sont les plus fragiles du point de vue sanitaire et social, nous montrent même de quelle manière on peut à la fois soutenir qu'un certain nombre de facteurs sociaux déterminent la santé, et penser que la santé c'est aussi une affaire personnelle.

¹⁶ Ce qui ne modifie d'ailleurs pas les résultats constatés précédemment. On vérifie par exemple que parmi les actifs, les femmes en très mauvaise santé sont plus nombreuses que les autres à associer problèmes sociaux et mauvaise santé, de même que les hommes en très mauvaise santé. Le sexe a la même influence en 1992 qu'en 1997. Les femmes sont ainsi plus nombreuses que les hommes à accorder de l'importance aux problèmes sociaux.

¹⁷ P. ADAM & C. HERZLICH : *Sociologie de la maladie et de la médecine*, op. cit., p. 20.

III LES ATTENTES EN MATIÈRE DE POLITIQUE DE SANTÉ

Pour la plupart des personnes interrogées la santé est une notion avant tout physiologique, la prévention signifie encore le plus souvent respecter une hygiène de vie. Mais les Français sont très peu nombreux à s'en tenir à une telle vision restrictive de la santé. La santé fait aussi partie de leur équilibre de vie, la prévention nécessite de tenir compte de problèmes sociaux tels que le manque d'argent, le chômage, la solitude ou encore les conditions de logement et de travail. A ces deux aspects de la santé, complémentaires pour la plupart des personnes interrogées, mais parfois contradictoires, correspondent des exigences différentes relativement à la politique de santé : les ministères concernés par la politique de santé, les populations ciblées, le niveau de mise en oeuvre seront différents pour les personnes limitant la santé au concept strict d'état physique et pour celles intégrant les dimensions sociales de la santé.

III. 1. Quelle définition de la politique de santé ?

Pour certaines des personnes interrogées, la santé se définit au sens strict : la politique de santé et de prévention se réduit aux actions médicales et de surveillance de l'alimentation ou de la consommation d'alcool et de tabac. Pour ces personnes, la politique de santé doit être une politique restrictive, mise en oeuvre par le seul Ministère de la santé. Pour les autres personnes interrogées, qui intègrent la dimension sociale de la santé, deux types de politique sont possibles. Pour les uns, leur degré d'exigence sera à la mesure de la prise en compte du caractère multidimensionnel de la santé : la politique de santé devra alors être globale, plusieurs ministères devant coopérer pour traiter l'ensemble des problèmes sur l'ensemble de la population. Les autres privilégient l'aspect social de la santé : la prise en compte de la dimension sociale ne peut se faire que grâce à la coopération de plusieurs ministères, mais leur action doit être ciblée à destination des personnes les plus défavorisées en termes de santé.

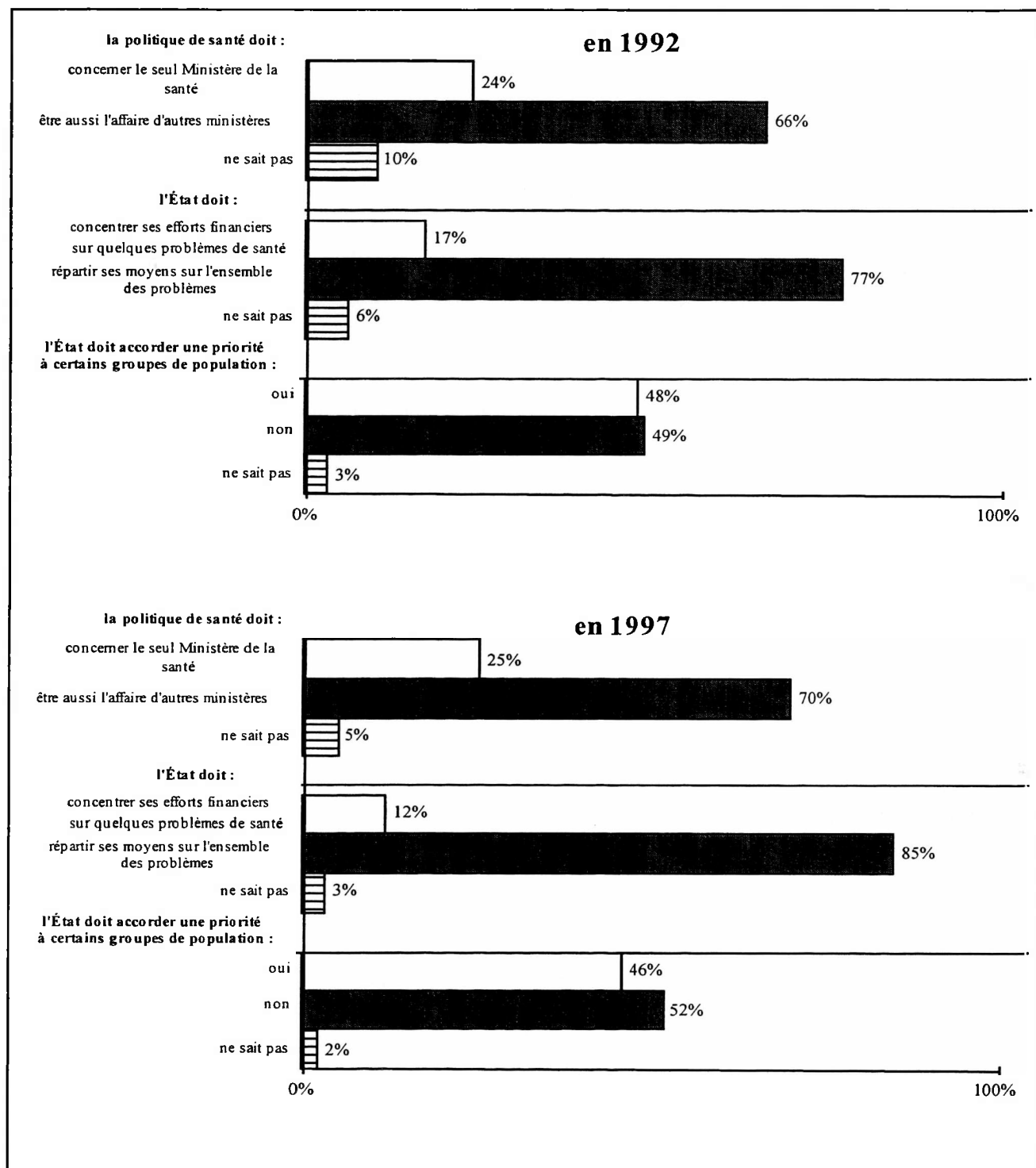
III 1 1. En 1992 comme en 1997, la politique de santé ne doit pas être l'affaire du seul Ministère de la santé. De plus en plus, elle doit traiter de l'ensemble des problèmes.

La plupart des personnes interrogées pensent que la politique de santé doit résulter d'une coopération entre ministères et qu'elle doit traiter de l'ensemble des problèmes ayant une influence sur la santé. La prise de conscience de la complexité des problèmes de santé, de l'interdépendance entre la santé et notamment l'exclusion a donc pour conséquence la nécessité d'une coopération entre les différents ministères concernés pour pouvoir traiter de l'ensemble des problèmes. Cette exigence d'une politique de santé devant affronter l'ensemble des problèmes a d'ailleurs augmenté entre 1992 et 1997, car il y a 5 ans, 65 % des personnes interrogées partageaient cette opinion, contre 70 % aujourd'hui.

En 1992 comme en 1997, plus des deux tiers des personnes interrogées considèrent que la politique de santé doit être aussi l'affaire d'autres ministères que le seul Ministère de la santé. Dans une proportion encore plus importante (77% des répondants en 1992, 85% de ceux interrogés en 1997), les personnes interrogées considèrent d'ailleurs que le gouvernement doit tenter de régler l'ensemble des problèmes de santé, et non pas concentrer ses moyens sur quelques problèmes.

Les avis sont par contre plus partagés en ce qui concerne l'existence de populations devant être privilégiées par la politique de santé : en 1992 comme en 1997, un peu moins de la moitié des personnes interrogées pense que le gouvernement doit accorder une priorité à certains groupes de population.

Graphique n°25 :
La définition de la politique de santé en 1992 et en 1997



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Si les Français sont d'accord pour considérer que la politique de santé doit traiter de l'ensemble des problèmes, le champ de la santé n'est pas le même pour tous. Pour certains, il se réduit à la conception physique de la santé et la politique de santé doit être mise en oeuvre

par le seul Ministère de la santé. Pour d'autres, le modèle social est intégré au point d'être dominant sur les autres problèmes de santé : la politique de santé doit alors traiter l'ensemble des problèmes, mais ces problèmes sont surtout ceux de population fragiles. L'État doit alors accorder une priorité à certains groupes de population.

Ainsi, les personnes qui pensent que l'État doit accorder une priorité à certains groupes de population font principalement référence aux personnes socialement en difficultés : elles sont alors plus nombreuses que l'ensemble des personnes interrogées à considérer que le manque d'argent peut avoir une influence importante sur la santé. En dehors des plus démunis, mais dans des proportions beaucoup moins importantes, les jeunes peuvent également constituer le public prioritaire de la politique de santé. Sont notamment de cet avis les personnes qui considèrent que le manque de formation peut avoir une influence sur la santé, ou que la prévention nécessite une surveillance de la consommation d'alcool et de tabac. Dans une proportion équivalente, les personnes interrogées demandent une politique ciblée sur les nouveaux-nés ou sur les handicapés. Elles sont très peu nombreuses à penser que la politique de santé doit d'abord être à destination des personnes âgées.

Tableau n°16 :
Les populations éventuellement privilégiées par la politique de santé

	%
la politique de santé ne doit pas privilégier certains groupes	52
elle doit privilégier les plus démunis	25
elle doit privilégier les jeunes	6
elle doit privilégier les handicapés	5
elle doit privilégier les nouveaux-nés	5
elle doit privilégier les personnes âgées	3
elle ne doit privilégier aucun de ceux-là	2
ne sait pas si la politique de santé doit privilégier certains groupes	2
total	100

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

L'évolution marquante entre 1992 et 1997 concerne l'utilisation des moyens financiers : en 1997 plus qu'en 1992, les Français pensent que l'État doit les répartir sur l'ensemble des problèmes de santé. La prise de conscience du rôle des conditions de vie s'accompagne, pour un nombre de personnes croissant, de l'exigence d'une politique de santé traitant l'ensemble de ces problèmes. Pour certains, et ils sont de plus en plus nombreux, la politique de santé ne doit pas isoler les différents aspects de la prévention, mais doit traiter la santé dans sa globalité.

III. 1. 2. Politique restrictive, politique sociale ou politique globale

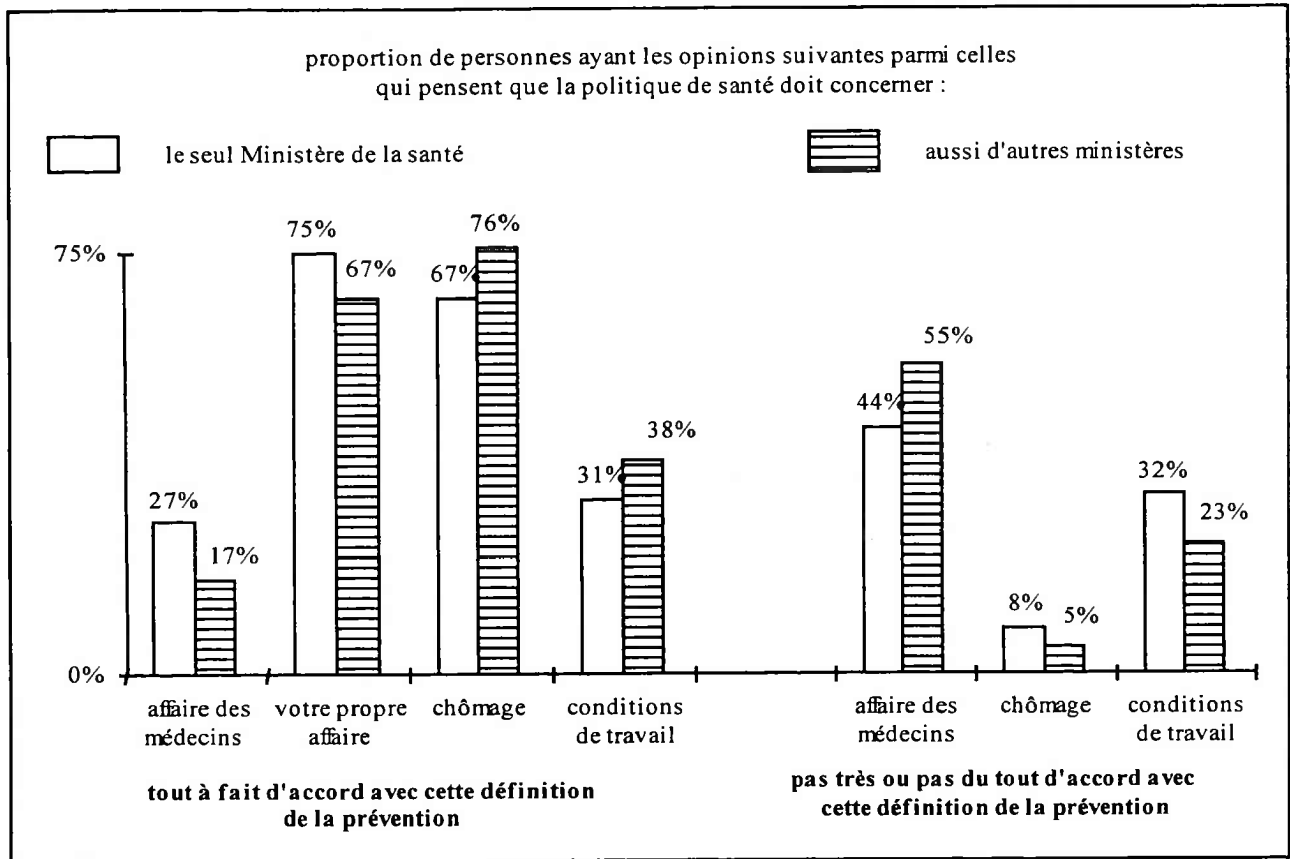
La définition des acteurs de la politique de santé et de son champ correspond à la définition de la santé. A une santé restant du domaine de la responsabilité personnelle ou médicale est associée une mise en oeuvre par le seul Ministère de la santé. La reconnaissance du rôle des conditions de vie a pour conséquence la nécessité d'une coopération entre ministères. Si dans tous les cas, la politique de santé doit, pour la plupart des personnes interrogées, traiter l'ensemble des problèmes, ces problèmes sont différents selon la conception de la prévention. Notamment, parmi les personnes qui considèrent que la politique de santé doit résulter d'une action concertée entre ministères, on distingue ceux qui désirent que l'État privilégie certains groupes de population et pour lesquels le champ de la santé est surtout social, de ceux pour lesquels l'ensemble des Français doit être concerné par la politique de santé. Ces derniers associent à la notion de prévention à la fois la responsabilité personnelle, médicale et le rôle des conditions de vie.

Ainsi, les personnes qui pensent que la politique de santé doit être l'affaire du seul Ministère de la santé sont particulièrement nombreuses à être tout à fait d'accord avec l'idée que la santé est l'affaire des médecins ou leur propre affaire : parmi les personnes qui déclarent que la politique de santé ne doit être l'affaire que du seul Ministère de la santé, 75% pensent que « le maintien en bonne santé de la population est avant tout l'affaire de chacun », 27% pensent que « c'est l'affaire des médecins ». Parmi les personnes qui privilégient la coopération entre ministères, ces proportions sont respectivement de 67% et 17%. Cette notion d'une santé qui dépend plus d'une surveillance personnelle s'accompagne d'un rejet d'une définition sociale de la santé. Les personnes qui privilégient une mise en oeuvre par le seul Ministère de la santé sont plus nombreuses que les autres à ne pas être d'accord avec l'opinion que le fait de vivre seul, le chômage, mais aussi les conditions de travail puissent avoir une influence négative sur la santé.

Les répondants qui pensent que la politique de santé doit résulter d'une coopération entre différents ministères ne rejettent pas l'idée que la prévention puisse être leur propre affaire. Ils sont également assez nombreux à penser que le maintien en bonne santé de la population est l'affaire des médecins. Finalement, ils se caractérisent par l'importance qu'ils accordent aux problèmes sociaux, et notamment le chômage et les conditions de travail : 38% pensent que changer les conditions de travail peut avoir une influence sur la santé, 76% que le chômage peut être à l'origine d'une mauvaise santé. Parmi les personnes qui privilégient l'action du seul Ministère de la santé, ces chiffres sont respectivement de 31% et 67%.

Graphique n°26 :

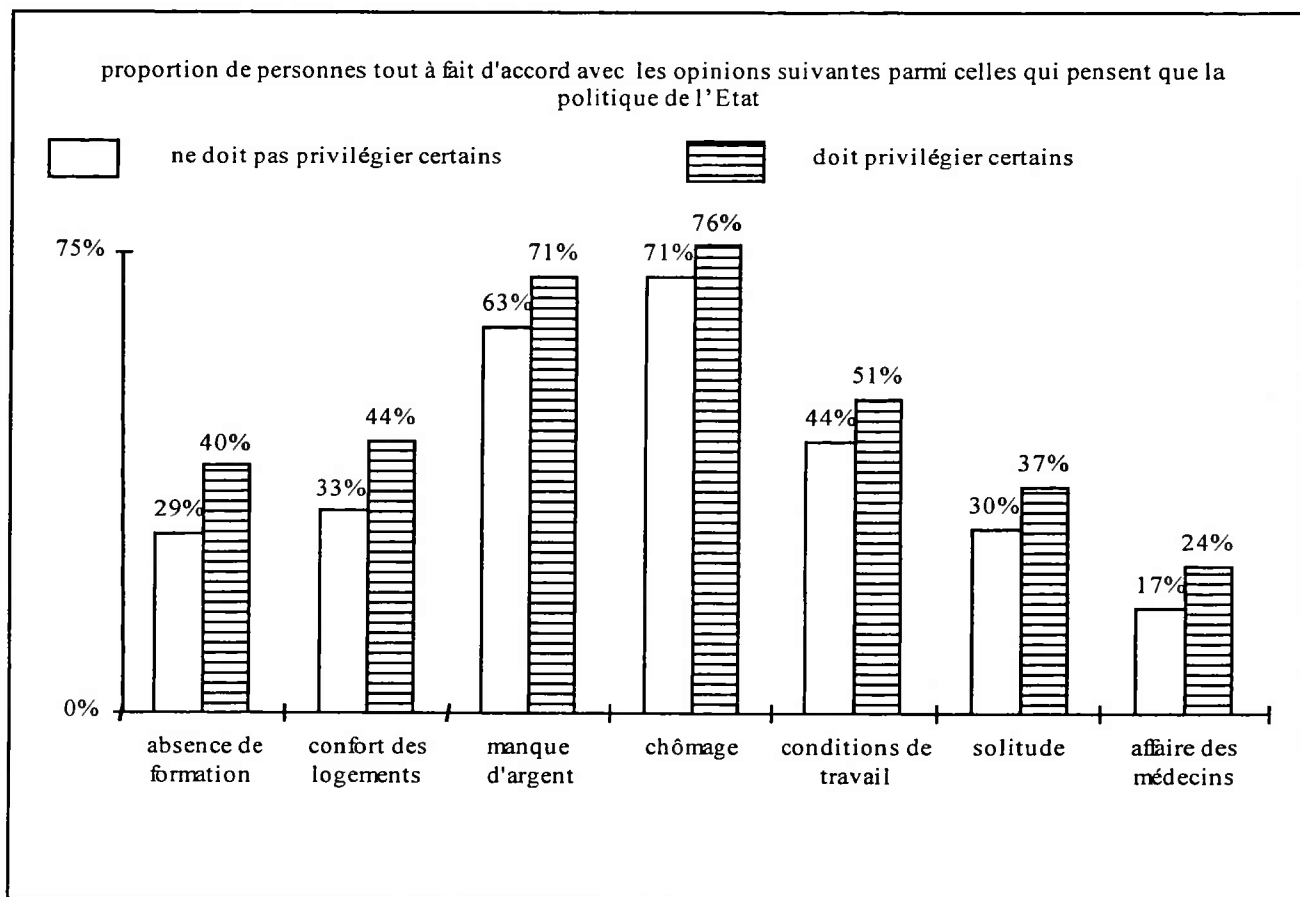
Définition de la prévention selon les ministères concernés par la politique de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Les personnes qui pensent que la politique de santé ne doit pas privilégier certains groupes de population rejettent l'idée que la santé est liée aux problèmes sociaux. Le graphique suivant montre qu'elles sont ainsi plus nombreuses que les autres personnes interrogées à déclarer ne pas être d'accord avec l'opinion selon laquelle les conditions de travail, le confort des logements, l'absence de formation, l'impression d'insécurité, la solitude puissent avoir une influence sur l'état de santé. Elles sont également particulièrement nombreuses à penser que le maintien en bonne santé de la population n'est pas l'affaire des médecins. A l'inverse, les personnes qui pensent que la politique de santé doit privilégier certains groupes de population définissent la santé comme liée aux problèmes sociaux.

Graphique n°27 :
Définition de la politique de santé selon l'existence de groupes
devant être privilégiés par la politique de santé



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Les opinions des Français en matière de politique de santé peuvent ainsi être regroupées selon trois logiques différentes :

- les personnes qui pensent que la politique de santé stricto sensu ne doit concerner que le seul Ministère de la santé ont une vision restrictive de la politique de santé, dans la mesure où elles restreignent le champ de la santé aux seuls problèmes sanitaires. Nous avons vu qu'en particulier, elles accordent peu de poids à l'influence des problèmes sociaux sur la santé.

- les personnes qui pensent que la santé relève de l'action de plusieurs ministères reconnaissent le caractère multidimensionnel de la santé. On peut alors distinguer :

- celles qui optent pour une « politique globale de la santé » : le gouvernement doit répartir ses moyens sur l'ensemble des problèmes et ne pas privilégier certains groupes de population en particulier. Ces personnes sont assez

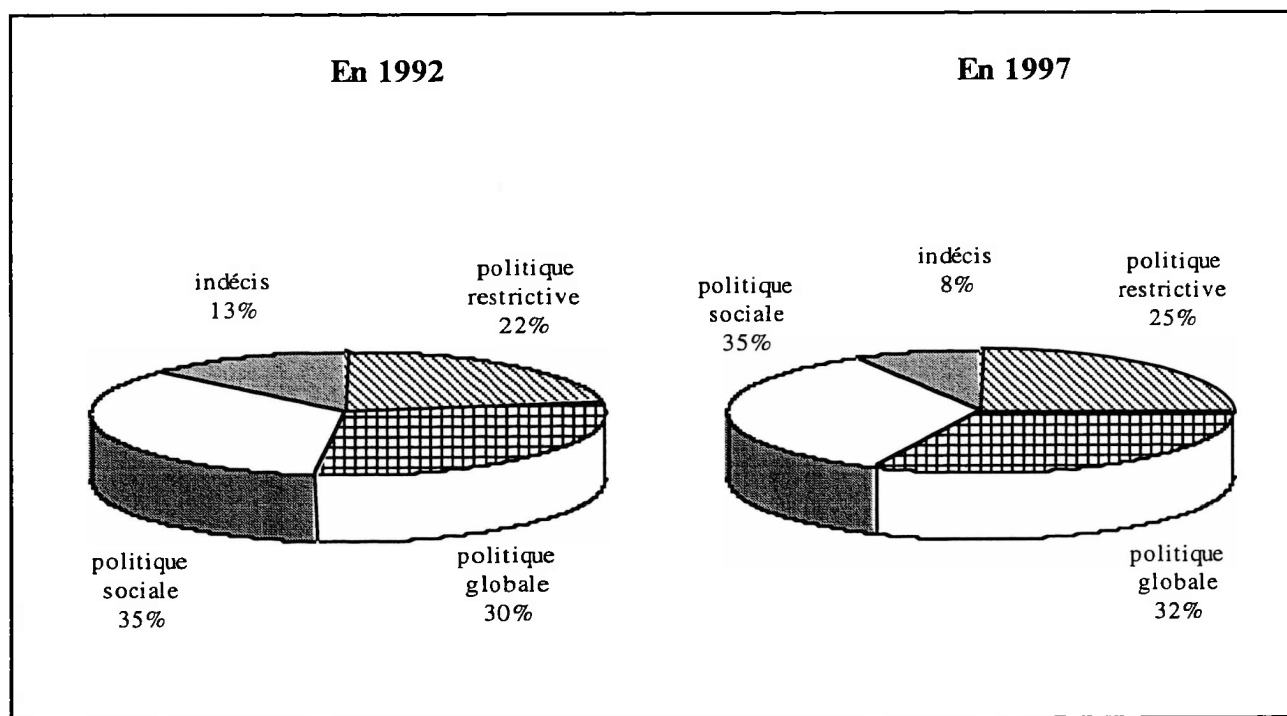
d'accord avec les trois définitions de la prévention : la santé relève dans une certaine mesure à la fois d'une responsabilité personnelle, médicale et sociale.

- celles qui définissent une « politique sociale de la santé » : la coopération entre ministères doit concerner certains groupes de population, en général les plus défavorisés socialement. Ces personnes sont les plus nombreuses à penser que les problèmes sociaux ont une influence sur l'état de santé.

A ces trois catégories de répondants, viennent s'ajouter ceux qui sont indécis dans leur définition de la politique de santé.

En 1997, le quart des personnes interrogées définit une politique restrictive, près du tiers opte pour une politique globale, 35% pour une politique sociale. 8% sont indécis. En 1992, ces proportions sont semblables.

Graphique n°28 :
La définition de la politique de santé, en 1992 et 1997



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Il existe donc un lien entre définition de la prévention et exigence en matière de politique de santé. L'importance variable accordée par les Français aux différents aspects de la santé - responsabilité personnelle, médicale et influence des problèmes sociaux - correspond schématiquement à leur définition de la politique de santé. On peut ainsi distinguer les personnes pour lesquelles la santé n'est qu'une question de responsabilité médicale et

personnelle et n'est du domaine que du seul Ministère de la santé, des personnes qui intègrent le rôle des conditions de vie et pour lesquelles la politique de santé doit être mise en oeuvre par plusieurs ministères. Ce dernier groupe peut être encore scindé : pour certains, et ils sont les plus nombreux, l'aspect social de la santé ne peut être séparé de son caractère individuel et médical : la politique de santé doit être globale. Pour d'autres, l'aspect social est dominant : ils pensent ainsi que l'État doit privilégier certaines populations. Sans nier l'existence des autres dimensions de la santé, ils sont les plus nombreux à considérer que les problèmes sociaux ont une influence sur la santé.

III. 1. 3 Privilégier certaines régions : une demande peu fréquente qui ne dépend pas de la région de résidence

En 1992 comme en 1997, les deux tiers des personnes interrogées pensent que l'État ne doit pas, dans la mise en oeuvre de la politique de santé, privilégier certaines régions. Un quart réclame au contraire une politique de santé ciblée sur les régions les plus en difficultés. Cette demande d'une politique de santé différenciée selon les régions ne provient pas de la volonté d'être soi-même privilégié par la politique de santé, dans la mesure où les personnes qui pensent que la politique de l'État doit être ciblée sont à la fois plus nombreuses que les autres à constater que dans leur région, les gens sont plus malades qu'ailleurs et que dans leur région, les gens sont moins malades qu'ailleurs : en 1997, 35% des personnes qui pensent que l'État doit privilégier certaines régions ne constatent pas de différence entre l'état de santé des personnes de leur région et les autres, alors que plus de la moitié des personnes qui ne pensent pas que la politique de l'État doit être différenciée selon les régions estiment que dans leur région, l'état de santé des habitants est le même que dans les autres régions.

Les personnes qui pensent que la politique de santé doit concerner certaines régions en particulier ne font donc pas nécessairement le constat d'une santé plus dégradée dans leur région.

Tableau n°17 :

L'opinion sur l'éventualité de régions à privilégier en 1992 et en 1997

L'État doit, dans sa politique de santé, accorder une priorité à certaines régions	1992	1997
oui	25	29
dont pensent que dans leur région, les gens :		
sont plus malades qu'ailleurs	23	25
sont moins malades qu'ailleurs	22	27
ne sont ni plus ni moins malades qu'ailleurs	41	35
non	66	66
dont pensent que dans leur région, les gens :		
sont plus malades qu'ailleurs	15	14
sont moins malades qu'ailleurs	13	19
ne sont ni plus ni moins malades qu'ailleurs	54	52
ne sait pas	10	6
total	100	100

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Le souhait de voir l'État privilégier certaines régions dépend d'ailleurs peu de la région de résidence. Cependant, trois régions ont une attitude différente des autres dans ce domaine : les habitants de la région parisienne et ceux de l'Ouest de la France sont moins nombreux que l'ensemble des Français à souhaiter une politique ciblée sur une région, les habitants du Nord sont beaucoup plus nombreux à formuler cette demande. Ainsi, 22% des Parisiens, 21% des habitants de l'Ouest de la France et 55% des habitants du Nord pensent que la politique de santé doit privilégier certaines régions.

Les personnes ayant une définition restrictive de la politique de santé, comme celles ayant une définition globale, sont très peu nombreuses à penser que l'État doit donner priorité à certaines régions : en 1997, 16% seulement sont dans ce cas. Cette opinion s'inscrit dans la logique de la globalité voulue de la politique de santé : elle doit toucher le plus grand nombre de personnes. Au contraire, les personnes définissant une politique médico-sociale souhaitent, pour 44% d'entre elles, que l'État accorde une priorité à certaines régions : la prise en compte de l'émergence des problèmes sociaux les conduit à tenir compte des disparités sociales entre les régions.

Tableau n°18 :

Choix d'accorder une priorité à certaines régions selon la définition de la politique de santé

L'État doit accorder une priorité à certaines régions	politique restrictive	politique globale	politique sociale
oui	26	16	44
non	69	82	48
ne sait pas	5	2	8
total	100	100	100

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

En 1992, cette liaison entre définition de la politique de santé et volonté de privilégier certaines régions existait déjà. Cependant, parmi les personnes définissant une politique restrictive, le nombre de celles pensant que l'État doit favoriser certaines régions a augmenté : de 19% en 1992, elle est passée à 26% en 1997.

On peut alors faire l'hypothèse, qui ne peut être vérifiée par les données recueillies lors de l'enquête, que l'augmentation provient d'une plus grande sensibilité aux écarts qui peuvent exister dans certaines régions entre la demande et l'offre de soin. En effet, les personnes définissant une politique restrictive sont sans doute particulièrement attentives à ces écarts, dans la mesure où elles sont notamment nombreuses à penser que la santé est l'affaire des médecins.

On constate alors que les régions les moins demandeuses d'une politique privilégiant certaines régions ne sont pas nécessairement celles où l'état de santé est le moins bon. Par contre, elles se caractérisent par un certain équilibre entre besoin et offre de soins. Le SESI¹⁸ a notamment calculé un indicateur de population « hospitalisable » à partir de l'indice de mortalité des régions, puis a rapporté cet indicateur à la population hospitalisée : pour la région parisienne et les régions de l'Ouest de la France (à l'exception de la Bretagne), ces deux indicateurs sont très proches l'un de l'autre, ce qui traduit un relatif équilibre entre l'offre et les besoins de soins hospitaliers. La région Nord en revanche se caractérise par l'écart le plus important entre l'indicateur de population hospitalisable et celui de population hospitalisée, ce qui est le signe d'une « sous offre » de soins hospitaliers par rapport aux besoins de la population.

¹⁸ Daniel FOULON : « Rééquilibrer l'offre de soins, deux modélisations des inégalités régionales », *Solidarité Santé* n°4, octobre-décembre 1996.

III. 1. 2. En 1997 plus qu'en 1992, une politique qui doit être mise en oeuvre au niveau de la France ou de l'Europe. Lorsqu'elle est locale, la commune est privilégiée

En 1992 comme en 1997, plus de la moitié des personnes interrogées pensent que la mise en oeuvre de la politique de santé doit s'opérer sur le plan national ou européen. Le nombre de Français qui souhaitent que la politique de santé soit mise en oeuvre au niveau national, et dans une moindre mesure, au niveau européen a d'ailleurs augmenté en cinq ans.

Lorsque les Français pensent que la politique de santé doit être locale, ils font d'abord référence à la commune, puis à la région et enfin au département. Au niveau local, la commune tend d'ailleurs à être de plus en plus privilégiée, au détriment du département.

Tableau n°19 :
Niveau de mise en oeuvre de la politique de santé en 1992 et 1997

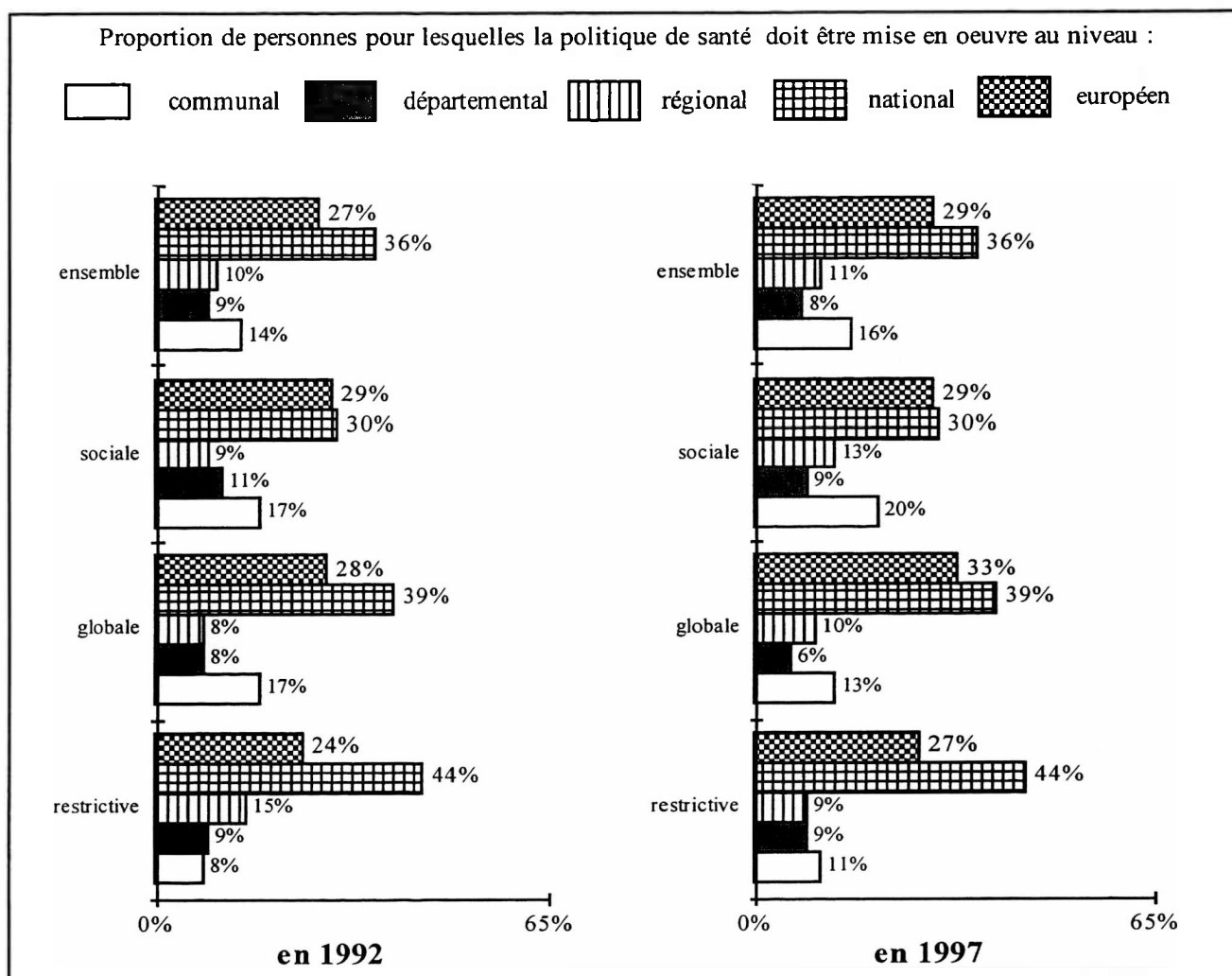
D'après vous, la politique de santé doit être mise en oeuvre de façon prépondérante au niveau	1992	1997
national ou européen	57	65
dont national	31	36
européen (CEE)	26	29
local	34	35
dont communal	14	16
départemental	9	8
régional	11	11
ne sait pas	9	0
total	100	100

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

En 1997 comme en 1992, les personnes qui définissent une « politique sociale » sont plus nombreuses que l'ensemble des Français interrogés à penser que le niveau de mise en oeuvre de la politique de santé doit être communal : bien que les Français sont nombreux à penser que la politique de santé doit être du ressort des instances nationales ou européennes, la commune reste reconnue comme compétente dans la mise en oeuvre d'une politique de santé privilégiant l'aspect social de la santé. Au contraire, pour les personnes qui définissent une politique restrictive, le niveau de mise en oeuvre pertinent est plus fréquemment national que pour l'ensemble des personnes interrogées.

Graphique n°29 :

Le niveau de mise en oeuvre en fonction des souhaits en matière de politique de santé



La plupart des personnes interrogées définit ainsi une politique de santé devant concerner toutes les régions et être mise en oeuvre au niveau national ou européen. Cependant, cette dimension géographique dépend de l'orientation générale que les Français prétendent donner à la politique de santé. Ainsi, la politique restrictive, préconisée par les personnes qui restreignent la prévention à la surveillance médicale et surtout au respect de règles d'hygiène, doit concerner toutes les régions et être mise en oeuvre au niveau national. De même, le souci de globalité des personnes qui reconnaissent les trois dimensions de la santé les conduit à privilégier très nettement une politique concernant l'ensemble du territoire et mise en oeuvre au niveau national ou européen. Par contre, les personnes qui accordent une importance prépondérante aux problèmes sociaux et qui définissent une politique sociale ont des avis partagés : près de la moitié préconise une politique accordant une priorité à certaines régions,

près de la moitié également est d'avis que le niveau de mise en oeuvre doit être local, et notamment communal.

III. 2. Des logiques différentes déterminées par les conditions de vie

Le poids accordé dans la définition de la prévention à la dimension individuelle, médicale ou sociale est différent selon la catégorie-socio professionnelle, l'âge, la situation par rapport à l'emploi et l'état de santé. Il en résulte une définition de la politique de santé différente selon les catégories sociales. Cependant, l'étude de la définition de la politique de santé selon les conditions de vie conduit à nuancer un peu la liaison entre politique de santé et définition de la santé : si les cadres et les catégories favorisées de même que les jeunes ont effectivement une attitude très cohérente par rapport à la santé, les souhaits des autres catégories en matière de politique de santé sont moins liés à leur définition de la prévention.

III. 2. 1. Les jeunes inactifs et les cadres : une forte cohérence dans l'appréhension de la santé

Bien que leur logique soit différente, les jeunes inactifs (qui sont des étudiants pour la plupart, ayant un niveau de diplôme élevé) d'une part, les cadres d'autre part, définissent une politique de santé en accord à la fois avec leur définition de la prévention, mais aussi avec l'évolution que connaît cette définition.

Ainsi, la proportion de jeunes inactifs qui pensent que la santé est leur propre affaire a connu une forte baisse sur les cinq dernières années. Ils sont de plus moins nombreux que l'ensemble à penser que la santé relève du domaine social ou du domaine médical. Leur attitude en matière de prévention s'exprime donc par une certaine incertitude marquée par le recul du sentiment de responsabilité personnelle. Ce recul se traduit par une définition d'une « politique sociale » : 43% des jeunes inactifs définissent une « politique sociale », contre 35% de l'ensemble des personnes interrogées.

De plus, cette tendance va en s'accroissant : en cinq ans, la proportion de jeunes inactifs qui définissent une « politique sociale » a augmenté de dix points, celle de jeunes inactifs qui définissent une politique restrictive a pratiquement diminué de moitié. L'attitude de cette catégorie se caractérise ainsi par un intérêt croissant pour une politique de santé ciblée sur certaines population accompagné par une diminution du sentiment de responsabilité personnelle.

Tableau n°20 :
La définition de la politique de santé et évolution pour les jeunes inactifs

Définition de la politique de santé :	Jeunes inactifs		ensemble	
	1997	évolution 1992-1997	1997	évolution 1992-1997
restrictive	18%	-12	25%	+3
globale	32%	+5	32%	+2
sociale	43%	+10	35%	0
indéterminée	7%	-3	8%	-5
total	100	0	100	0

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Pour les cadres et les autres personnes ayant des revenus élevés par contre, l'émergence de la conscience du rôle des problèmes sociaux s'accompagne, mais dans une moindre mesure, d'une diminution du sentiment de responsabilité individuelle, et surtout d'une augmentation importante du rôle préventif du médecin. La prévention s'articule alors selon deux axes : d'une part, les cadres extériorisent le problème de la santé comme devant être traité au regard des problèmes sociaux, d'autre part ils accordent un poids croissant à une attitude de prévention qui renvoie à une pratique qui les concerne. Cette double attitude les conduit à une exigence croissante d'une politique de santé globale, et qui donc soit capable de répondre à la fois aux inégalités sociales et à leur soucis de prévention médicale. Les cadres sont ainsi les plus nombreux à souscrire à une politique globale.

En cinq ans, le nombre de ceux qui définissent une politique globale a augmenté, au détriment principalement du nombre de ceux qui définissent une politique sociale. On peut alors supposer que l'évolution dominante connue par cette catégorie a été non seulement l'émergence de la conscience du rôle des conditions de vie et de celui du médecin, mais surtout le sentiment du lien indissociable entre ces deux dimensions.

Tableau n°21 :

La définition de la politique de santé et évolution pour les cadres et autres catégories favorisées

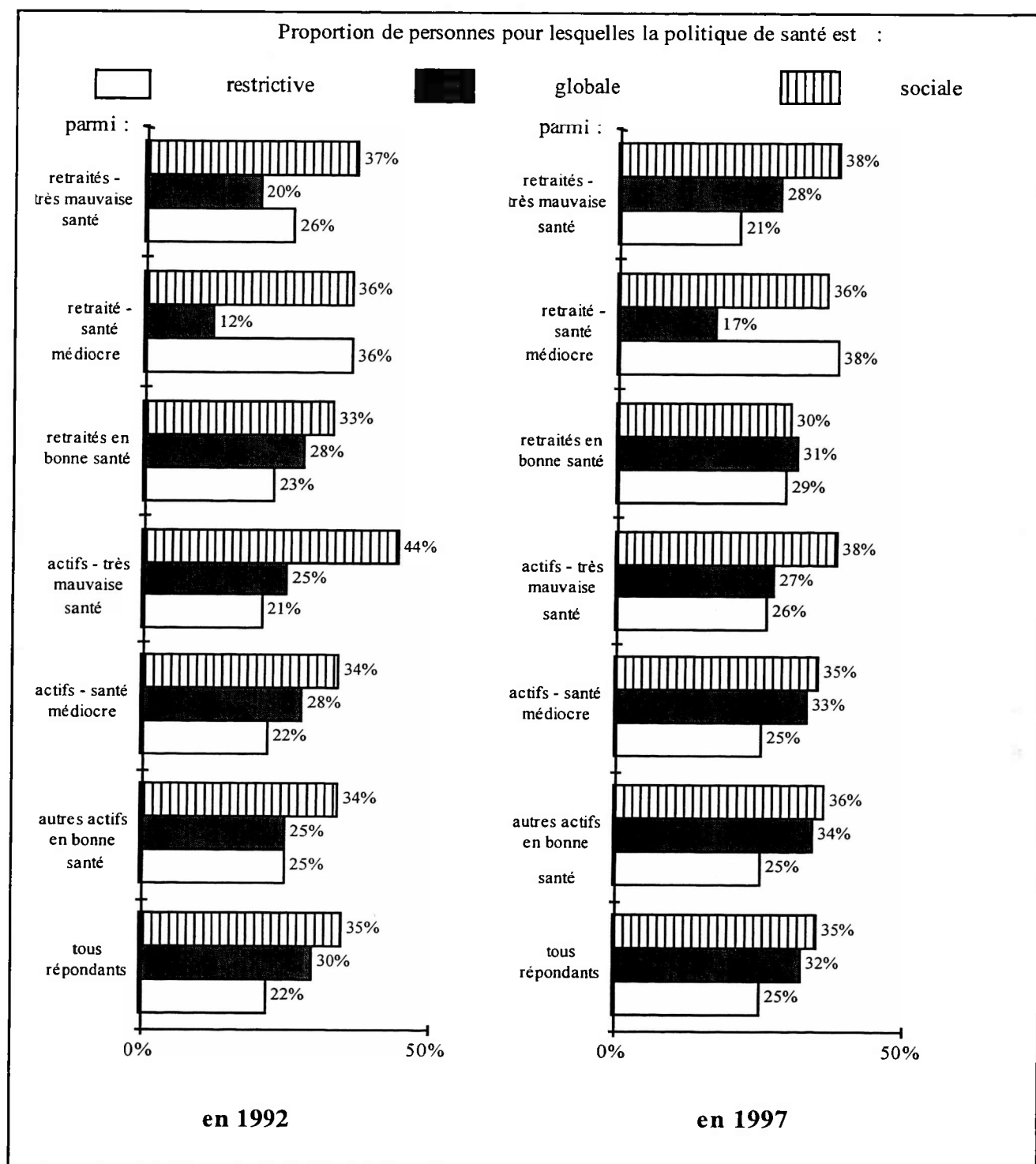
Définition de la politique de santé :	cadres		ensemble	
	1997	évolution 1992-1997	1997	évolution 1992-1997
restrictive	20%	-1	25%	+3
globale	39%	+15	32%	+2
sociale	33%	-9	35%	0
indéterminée	8%	-5	8%	-5
total	100%	0	100	0

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

III. 2. 2. Les autres catégories se caractérisent par leur définition de la prévention, mais non par leurs options en matière de politique de santé

Pour les autres actifs que les cadres d'une part, pour les retraités d'autre part, l'importance accordée à chacune des dimensions de la santé dépend notamment de la perception de l'état de santé : si dans toutes les catégories de la population, la conscience du rôle des conditions de vie augmente, le sentiment de responsabilité personnelle est d'autant plus important que l'état de santé est mauvais. Ces différences ne trouvent cependant pas de réponses dans la définition de la politique de santé. Parmi ces catégories comme parmi l'ensemble des personnes interrogées, le quart définit une politique restrictive, un tiers une politique sociale, un tiers une politique globale. Seuls les retraités ayant une santé médiocre constituent une exception : ils sont effet particulièrement peu nombreux à définir une politique globale, mais sont par contre plus nombreux que les autres à avoir une vision restrictive de la santé. L'opinion des personnes de ces catégories n'a de plus pas connu d'évolution depuis 1992.

Graphique n°30 :
La définition de la politique de santé pour les actifs hors cadres et les retraités,
en 1992 et en 1997



Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Pour chacune des catégories considérées par contre, on constate toujours que les personnes qui définissent une politique restrictive sont plus nombreuses que les autres à penser que la santé est leur propre affaire ou celle du médecin. Les personnes qui définissent une politique globale, par ailleurs, attachent une importance comparable aux trois thèmes. Enfin, celles qui définissent une politique sociale sont nombreuses à penser que des problèmes tels que le chômage et le manque d'argent peuvent être à l'origine d'une mauvaise santé. L'articulation entre politique de santé et définition de la prévention est ainsi transversale aux catégories définies par les conditions de vie. Seules les personnes les plus diplômées - les cadres et les jeunes inactifs - ont finalement une conception très cohérente à la fois de la prévention et de la politique de santé.

Le niveau de mise en oeuvre de la politique de santé dépend peu des conditions de vie : les jeunes actifs ont tendance à être plus nombreux que les autres à penser que la politique de santé doit être mise en place au niveau de l'État (37% des jeunes actifs sont dans ce cas, alors que 29% des répondants pensent que l'Europe est le niveau de mise en oeuvre pertinent), les retraités en bonne santé privilégient plutôt la France (43% des retraités en bonne santé contre 36% de l'ensemble des répondants pensent que la politique de santé doit être mise en oeuvre de façon prépondérante au niveau de la France).

La complexité du modèle de prévention qui apparaît au travers des réponses des personnes interrogées provient de l'articulation entre l'importance de la responsabilité individuelle, du rôle du médecin et de celui des problèmes sociaux. La deuxième partie de ce rapport interroge ainsi sur la compatibilité ou l'exclusivité de la notion de responsabilité personnelle et du déterminisme à l'échelle individuelle des conditions de vie. L'étude de la définition de la politique de santé ne permet pas de répondre à cette question, mais schématise trois types de réponses qui coexistent : pour certaines des personnes interrogées, qui définissent une politique de santé « restrictive », mise en oeuvre par le seul Ministère de la santé, la prévention se situe au niveau de la responsabilité individuelle et médicale, autrement dit dans le respect de règles d'hygiène et de suivi médical. Pour d'autres, la politique de santé est globale : la prévention est définie à la fois sous ses trois aspects et la politique de santé doit prendre en compte cette multiplicité des dimensions de la santé. Les cadres notamment sont nombreux à s'inscrire dans cette logique. Enfin, pour la troisième catégorie, même si le rôle de la responsabilité individuelle est important, le rôle des problèmes sociaux dans le domaine de la santé doit être traité de façon prépondérante. C'est sans doute pour cette catégorie que l'émergence de la prise de conscience de l'influence des problèmes sociaux sur la santé peut se traduire par une « déresponsabilisation ». Les jeunes inactifs constituent un exemple de cette évolution.

CONCLUSION

L'enquête réalisée en 1992 par le CRÉDOC pour le Haut Comité de la Santé publique montrait déjà, d'une certaine manière, que la santé dans le sens commun fait l'objet d'une appréhension globale, voire globalisante. Du point de vue du public, il apparaissait en effet que la santé est le produit de l'interaction de nombreux facteurs dont la hiérarchie varie d'un groupe social à l'autre. Nous montrions ainsi que trois logiques étaient à l'œuvre dans la détermination de la perception de la santé et des attentes en matière de politique sanitaire : une logique individuelle, une logique sociale, et une logique scientifique.

De ce point de vue peu de choses ont changé, même si les conditions sociales semblent avoir désormais pris un tel poids, qu'on peut se demander si la seconde logique ne recouvre en réalité pas deux dimensions distinctes : une première environnementale qui renvoie à une "sensibilité écologique", et une seconde sociale qui renvoie pour l'heure essentiellement aux problèmes liés à la précarisation des conditions de vie : le chômage, tout d'abord, puis le manque d'argent, les ruptures familiales, etc.

Car c'est un des enseignements majeurs de cette étude que de montrer à quel point la dégradation des rapports sociaux, et ce qu'il est convenu d'appeler la "montée des inquiétudes"¹⁹, ne sont pas sans effet sur la manière dont les Français appréhendent et conçoivent leur santé. Ainsi est-il clair que si les personnes interrogées cette année ne sont certes pas plus nombreuses à se déclarer en mauvaise santé par rapport à il y a cinq ans, on peut tout de même noter une certaine détérioration de la perception de l'état de santé des Français.

En effet, nous avons montré que la perception de la santé est une donnée éminemment relative qui dépend notamment de la manière dont chacun se perçoit dans son propre milieu social, entendu ici dans un sens assez général. Autrement dit : le jugement prononcé sur son état de santé dépend d'une norme définissant ce que chacun doit pouvoir être amené à faire, ou bien ce que chacun est en droit d'attendre de sa santé, compte tenu de son âge, de sa catégorie sociale, etc. Or on constate une certaine régression générale de cette norme en ce sens qu'a significativement augmenté la proportion de ceux qui conçoivent leur santé "en creux", c'est à dire de manière négative ou minimale : ne pas être malade, ne pas souffrir, etc.

¹⁹ Les travaux du CRÉDOC, notamment avec l'enquête *Aspirations des Français*, contribue à objectiver cette tendance : *Les inquiétudes des Français ou l'évolution des craintes de 1982 à 1996*, CRÉDOC, Cahiers de recherche n° 107, octobre 1997.

Plus généralement, on peut d'ailleurs être frappé de constater à quel point notre enquête sur la perception de la santé, qui recueille donc des impressions, rencontre les principaux problèmes objectivés par les recherches quantitatives ou statistiques mieux "outillées" : l'accroissement des inégalités (entre catégories socio-économiques ou régions), relation d'interdépendance entre vulnérabilité médicale et précarité sociale, etc. Or cette "correspondance" entre données objectives et subjectives appelle sans doute deux remarques :

- La première, d'ordre méthodologique, concerne la pertinence de la mesure de la perception pour apprécier l'état de santé individuel. Il apparaît, comme à la suite d'un travail réalisé récemment par le CRÉDOC sur un thème très proche ²⁰, qu'en effet, l'appréciation subjective renseigne bien sur l'état de santé, à condition de pouvoir croiser ces déclarations par un certain nombre de variables comme les pathologies ou les handicaps subis afin de pouvoir tenir compte de ce que nous avons appelé cet "effet de norme". Mais en outre, comme le montre l'analyse que nous avons faite des résultats de cette enquête par région, elle renseigne aussi assez fidèlement sur l'état de santé des populations à l'échelon local.

- La seconde, qui nous renvoie davantage au fond de notre enquête, porte sur l'état d'esprit, voire la lucidité dont font manifestement preuve les Français qui se révèlent, au travers de cette étude, parfaitement "en phase" avec les problématiques les plus actuelles de la réflexion sur le devenir des politiques de santé publique.

Car la globalité de l'appréhension de la santé se traduit très concrètement par des formulations d'attentes assez précises en termes de politiques de santé et de prévention. Pour un nombre croissant de personnes, la santé ce n'est ni tout à fait l'affaire, seulement, des médecins, ni tout à fait une affaire de responsabilité personnelle, mais aussi une question qui doit inclure la prévention des risques liés à certaines situations sociales (le chômage, la précarité...) ou professionnelles (les conditions de travail, celles du transport quotidien...). Cette approche n'est finalement pas sans rappeler l'appel de certains à fonder ce qu'ils appellent un "nouveau paradigme" de la santé ²¹ qui, précisément, puisse tenir compte d'une approche "complexe", comme pourrait l'appeler le sociologue E. Morin, dans la mesure où il s'agirait bien d'intégrer dans une "compréhension" de la santé, l'ensemble de ses déterminants

²⁰ *Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches de la même réalité*, CRÉDOC, Cahiers de recherche n° 110, novembre 1997. Mais cette problématique du rapport entre la santé perçue et la santé objective est aussi abordée dans un article publié par des chercheurs de l'O.R.S. Provence-Alpes-Côte d'Azur. Y.OBADIA, P. TOUBIANA, C. CHANUT, M. ROTILY : "L'état de santé des RMistes dans les Bouches du Rhône", *Revue des Affaires Sociales*, n° 2, avril-juin 1994.

²¹ On peut notamment se reporter à l'article de M. RENAUD et L. BOUCHARD : "Pour un nouveau paradigme de la santé" que rejoint, au moins en partie, celui de P. ARWIDSON : "Essayer de comprendre les inégalités face à la santé", in *PRÉVENIR*, n° 28, premier semestre 1995.

possibles. Il s'agirait, de plus, même si cette dimension est quelque peu absente de notre enquête, d'accentuer la dimension d'expérience de la santé, en ce sens que, pour paraphraser P. Berger et T. Luckmann, elle fait bien l'objet d'une "construction sociale" par un sujet acteur. Ce renversement paradigmatique ne conduit pas, autrement dit, à évacuer définitivement le sujet du procès de la production de la santé. Même si sont considérés à leur juste place les déterminants "extérieurs", en quelque sorte, de la santé, c'est à dire les conditions de vie objectives, il s'agit aussi de tenir compte de la manière dont le sujet les expérimente spécifiquement.

Cette dimension de la santé comme production et reproduction tout au long d'une trajectoire individuelle et/ou collective, a comme ultime conséquence le fait que si une politique de santé veut s'inscrire dans ce cadre, elle doit non seulement embrasser des domaines extrêmement divers, mais aussi s'inscrire très en amont des institutions de soins et de prise en charge : "le premier constat, écrit P. Arwidson, est que la santé se fabrique - Charlton parle de saluto-génèse - bien avant le système de soins"²².

Or cette approche, il est vrai, ne va pas sans questionner, à tout le moins, nos modes classiques d'appréhension des phénomènes sanitaires : les catégories de notre "entendement médico-social". Cela implique en premier lieu nos institutions médicales stricto sensu dans un premier sens qui rejoint la problématique abordée par A. Strauss au travers de sa notion "d'articulation"²³. La pratique médicale nécessite en effet une coopération entre les différentes spécialités médicales pour la résolution d'un cas. Or, et c'est tout l'intérêt de la contribution de ce sociologue américain, cette collaboration ne va pas toujours de soi, ne serait-ce qu'à cause de l'institutionnalisation des champs séparés, disjoints, et les procédures ou protocoles mis en œuvre et définis par chacune de ces spécialités... sans parler des problèmes de préséances, voire de rapports de force, entre intervenants au sein d'une même institution hospitalière, par exemple.

Le problème se trouverait accentué, dans l'hypothèse de ce nouveau paradigme, par la difficulté qu'il y a aurait à appliquer le principe de cette "articulation" aux dispositifs sociaux : les problèmes institutionnels se trouveraient alors doublés par des questions d'ordre "culturel" entre les différents intervenants, voire des problèmes de statut. Le rapport de la commission Lazarus, portant notamment sur cette question de la coopération entre le secteur psychiatrique

²² P. ARWIDSON : *op. cit.*, p. 61. C'est l'auteur de cet article qui souligne l'expression de B.G.CHARLTON.

²³ A. STRAUSS : *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

et le secteur social pour la prise en charge de la souffrance des personnes en situation d'exclusion, laisse d'ailleurs entrevoir très concrètement certaines de ces difficultés ²⁴.

C'est qu'une telle approche multidimensionnelle de la santé (mais on retrouve la même dans tout le domaine de l'intervention sociale et de l'insertion), à laquelle adhère pourtant manifestement la plupart des Français que nous avons interrogés, échappe au moins en partie à cette logique du "dualisme schématique" selon lequel la réalité ne peut être le plus souvent appréhendée qu'au travers d'une opération d'opposition-disjonction qui fait qu'un phénomène observé ne peut relever que d'un domaine (le sanitaire, par exemple), ou bien d'un autre (le social) ²⁵. Ce que met en évidence cette étude, c'est que le sens commun ne perçoit plus de la même façon, pour le moins, la pertinence de telles oppositions, et réclame une approche qui place au centre des dispositifs la "personne" dans son intégrité.

²⁴ *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale", DIV, DSU, DIRMI, février 1995.

²⁵ Sur la notion de dualisme schématique, voir M. MAFFESOLI : *La connaissance ordinaire*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1986. Cette notion s'inscrit dans la lignée de la critique d'une certaine forme de la modernité initiée par M. Foucault.

ANNEXE N° 1

VARIABLES REDRESSÉES

Redressement du sexe.

	pourcentages initiaux		pourcentages demandés	pourcentages obtenues	
	en 92	en 97		en 92	en 97
hommes	46,6	47,3	47,7	47,5	47,7
femmes	53,4	52,7	52,3	52,5	52,3
total	100	100	100	100	100

Redressement de l'âge

	pourcentages initiaux		pourcentages demandés	pourcentages obtenus	
	en 92	en 97		en 92	en 97
de 20 à 24 ans	9,5	10,3	10,4	10,2	10,5
de 25 à 34 ans	22,3	21,5	21,0	21,9	21,0
de 35 à 44 ans	19,8	20,9	20,7	20,6	20,8
de 45 à 54 ans	14,5	14,3	14,2	14,6	14,2
de 55 à 64 ans	15,6	13,8	14,5	13,3	14,4
65 ans et plus	18,3	19,3	19,3	19,3	19,0
total	100	100	100	100	100

Redressement de la PCS

	pourcentages initiaux		pourcentages demandés	pourcentages obtenus	
	en 92	en 97		en 92	en 97
agriculteur	3,0	2,4	2,5	2,1	2,6
artisans, commerçants	2,3	4,2	4,4	3,6	4,3
cadres, professions intellectuelles	6,2	6,6	6,5	7,6	6,5
professions intermédiaires	12,1	12,2	11,5	11,2	11,5
employés	18,5	16,7	16,3	17,2	16,1
ouvriers	11,6	16,5	17,8	13,3	17,6
retraités	24,4	23,0	22,5	24	22,7
autres inactifs	19,0	18,3	18,5	17,9	18,6
total	97,1*	100	100	96,9*	100

*la différence provient de l'existence de refus de réponses à cette question

Redressement de la taille d'agglomération

	pourcentages initiaux	pourcentages demandés	pourcentages obtenus
commune rurale	24,9	26,0	26,0
moins de 20 000 habitants	16,7	16,3	16,2
de 20 à 100 000 habitants	13,9	13,2	13,3
de 100 000 à 200 000	7,1	6,8	6,6
plus de 200 000	21,3	21,1	20,8
unité urbaine de Paris	16,1	16,7	17,1
total	100	100	100

remarque : la variable donnant la taille d'agglomération en 92 n'utilisait pas la même discrétisation qu'en 97. Le redressement a été effectué en 92 après regroupement pour obtenir la même variable.

Redressement de la région de résidence

	pourcentages initiaux		pourcentages demandés	pourcentages obtenus	
	en 92	en 97		en 92	en 97
région parisienne	7,8	18,2	18,9	22,0	19,2
bassin parisien	8,5	16,7	17,8	16,4	17,8
Nord	14,2	7,5	6,6	5,5	6,5
Est	20,4	9,0	8,8	9,0	8,7
Ouest	20,2	12,8	13,0	13,+	13,0
Sud-Ouest	3,2	12,3	11,0	8,7	11,0
Centre Est	4,5	11,3	11,8	9,5	11,8
Méditerranée	21,1	12,2	12,1	15,3	11,9
total	100	100	100	100	100

ANNEXE N° 2

Questionnaire et Tris à plat 1992 et 1997

Q1. Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est :

	1992	1997
1. Très satisfaisant.....	23,2	24,0
2. Satisfaisant.....	61,3	64,4
3. Peu satisfaisant.....	10,8	8,3
4. Pas satisfaisant du tout.....	4,7	3,0
5. Ne sait pas	0,0	0,3

Q2. D'une façon générale, votre état de santé vous permet-il de faire ce que vous voulez :

• **Dans vos déplacements dans votre logement ?**

	1992	1997
1. Tout	83,6	77,0
2. A peu près tout	13,8	15,4
3. Pas tout.....	2,4	7,6
4. Ne sait pas	0,2	0,0

• **Dans vos déplacements en dehors de chez vous ?**

	1992	1997
1. Tout	71,4	73,3
2. A peu près tout	20,7	16,0
3. Pas tout.....	7,8	10,6
4. Ne sait pas	0,2	0,1

• **Votre état de santé vous permet-il de manger ce que vous voulez ?**

	1992	1997
1. Tout	59,8	64,0
2. A peu près tout	26,4	20,3
3. Pas tout.....	13,8	15,6

• *Votre état de santé vous permet-il de faire du sport ?*

	1992	1997
1. Tout	48,4	47,4
2. A peu près tout	26,6	20,4
3. Pas tout.....	23,3	30,7
4. Ne sait pas	1,7	1,6

Q3 . Pour vous, une bonne santé, est-ce :

• *Prendre plaisir à la vie ?*

	1992	1997
1. Beaucoup	88,0	85,4
2. Un peu	10,9	13,0
3. Pas du tout.....	0,8	1,4
4. Ne sait pas	0,4	0,1

• *Pouvoir faire ce que l'on veut ?*

	1992	1997
1. Beaucoup	79,5	82,7
2. Un peu	18,0	15,1
3. Pas du tout.....	1,5	2,1
4. Ne sait pas	1,0	0,1

• *Ne pas être malade ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Beaucoup	63,4	81,7	170	0,000
2. Un peu	27,2	15,0		
3. Pas du tout.....	8,8	3,3		
4. Ne sait pas	0,5	0,0		
(évolution significative)				

• *Vivre vieux ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Beaucoup	60,4	52,5	21	0,000
2. Un peu	28,1	33,9		
3. Pas du tout.....	8,4	12,8		
4. Ne sait pas	3,1	0,8		

• *Ne pas souffrir ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Beaucoup.....	56,5	73,6	115	0,000
2. Un peu	31,7	19,0		
3. Pas du tout.....	11,1	7,1		
4. Ne sait pas	0,7	0,2		

• *Ne pas avoir besoin de consulter un médecin ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Beaucoup.....	39,7	44,9	14	0,000
2. Un peu	34,5	35,8		
3. Pas du tout.....	25,7	19,1		
4. Ne sait pas	0,2	0,3		

Q4. Pensez-vous que l'état de santé des Français depuis 10 ans :

	1992	1997
1. S'est beaucoup amélioré	24,0	29,2
2. S'est un peu amélioré.....	33,4	34,0
3. Est resté identique	11,2	10,5
4. S'est un peu détérioré.....	13,5	15,6
5. S'est beaucoup détérioré	10,5	6,2
6. Ne sait pas	7,4	4,4

Q5. Diriez-vous que dans votre région, les gens sont plus, autant ou moins malades qu'ailleurs ?

	1992	1997
1. Plus malades	16,5	16,4
2. Autant malades	50,8	45,6
3. Moins malades.....	14,9	21,7
4. Ne sait pas	17,8	16,3

Q6. Pour améliorer l'état de santé, on devrait :

• **Avoir une alimentation équilibrée ?**

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	87,2	85,6
2. Assez d'accord.....	11,1	13,1
3. Pas très d'accord	0,9	1,0
4. Pas du tout d'accord	0,8	0,2
5. Ne sait pas	0,1	0,0

• **Réduire les pollutions**

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	85,6	84,9
2. Assez d'accord.....	11,5	12,8
3. Pas très d'accord	1,7	1,5
4. Pas du tout d'accord	1,1	0,6
5. Ne sait pas	0,1	0,1

• **Freiner davantage la consommation d'alcool-tabac ?**

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	81,0	80,7
2. Assez d'accord.....	12,7	14,0
3. Pas très d'accord	3,3	2,6
4. Pas du tout d'accord	2,4	2,2
5. Ne sait pas	0,6	0,5

• **Intensifier la recherche médicale ?**

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	77,6	70,5	23	0,000
2. Assez d'accord.....	16,0	24,2		
3. Pas très d'accord	3,0	3,5		
4. Pas du tout d'accord	2,9	1,3		
5. Ne sait pas	0,6	0,4		

• *Améliorer le confort des logements ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	40,7	38,2
2. Assez d'accord.....	35,2	38,9
3. Pas très d'accord.....	13,9	16,1
4. Pas du tout d'accord.....	7,9	6,0
5. Ne sait pas.....	2,3	0,9

• *Changer les conditions de travail ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	34,3	35,2
2. Assez d'accord.....	37,8	38,6
3. Pas très d'accord.....	13,3	15,2
4. Pas du tout d'accord.....	10,9	7,4
5. Ne sait pas.....	3,8	3,5

• *Augmenter le nombre de médecins ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	9,9	12,6	6	0,025
2. Assez d'accord.....	15,8	17,6		
3. Pas très d'accord.....	28,7	33,8		(évolution peu significative)
4. Pas du tout d'accord.....	42,5	33,3		
5. Ne sait pas.....	3,3	2,7		

• *Améliorer le contrôle de la qualité des aliments ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	/	73,1
2. Assez d'accord.....	/	20,9
3. Pas très d'accord.....	/	4,3
4. Pas du tout d'accord.....	/	1,6
5. Ne sait pas.....	/	0,1

• *Réduire le temps de travail ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	/	22,5
2. Assez d'accord.....	/	27,3
3. Pas très d'accord.....	/	24,4
4. Pas du tout d'accord.....	/	23,7
5. Ne sait pas.....	/	2,0

Q7. Le maintien en bonne santé de la population est :

- *Votre propre affaire, c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie (alimentation équilibrée, restrictions sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire, etc. ?)*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	77,4	68,8	3	0,000
2. Assez d'accord.....	16,5	26,6		
3. Pas très d'accord.....	4,4	3,0		
4. Pas du tout d'accord.....	1,5	1,4		
5. Ne sait pas.....	0,2	0,3		

- *Un problème de cadre de vie ou de travail, où le médecin n'intervient qu'à l'occasion d'un accident ou d'une maladie ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	50,6	42,6
2. Assez d'accord.....	32,6	35,6
3. Pas très d'accord.....	11,7	14,8
4. Pas du tout d'accord.....	3,8	5,3
5. Ne sait pas.....	1,3	1,7

- *L'affaire des médecins ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	15,6	19,9	21	0,000
2. Assez d'accord.....	27,2	28,7		
3. Pas très d'accord.....	33,1	32,2		
4. Pas du tout d'accord.....	22,9	18,8		
5. Ne sait pas.....	1,2	0,3		

Q8. Diriez-vous de la prévention, qu'il s'agit de :

- *Etre à jour dans ses vaccinations ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	75,5	75,2
2. Assez d'accord.....	16,2	18,5
3. Pas très d'accord.....	4,6	3,8
4. Pas du tout d'accord.....	3,0	2,1
5. Ne sait pas.....	0,7	0,4

• *Faire attention à ce que l'on mange et à ce que l'on boit ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	75,0	76,7
2. Assez d'accord.....	20,1	20,7
3. Pas très d'accord	4,0	1,9
4. Pas du tout d'accord	0,8	0,6
5. Ne sait pas	0,2	0,1

• *Améliorer l'environnement ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	70,3	71,2
2. Assez d'accord.....	23,8	25,1
3. Pas très d'accord	3,8	2,5
4. Pas du tout d'accord	1,3	0,9
5. Ne sait pas	0,8	0,4

• *Se faire suivre régulièrement par un médecin ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	56,4	53,1
2. Assez d'accord.....	27,9	32,6
3. Pas très d'accord	9,9	10,8
4. Pas du tout d'accord	5,5	3,2
5. Ne sait pas	0,2	0,2

• *Améliorer les conditions de travail ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	56,1	47,5	25	0,000
2. Assez d'accord.....	31,9	38,0		
3. Pas très d'accord	7,4	10,0		
4. Pas du tout d'accord	2,6	2,8		
5. Ne sait pas	2,0	1,6		

• *Mener des campagnes d'information et de dépistage ?*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	56,1	74,7
2. Assez d'accord.....	31,9	21,1
3. Pas très d'accord	7,4	2,7
4. Pas du tout d'accord	2,6	1,0
5. Ne sait pas	2,0	0,5

Q9. Les problèmes suivants jouent-ils, d'après vous, un rôle sur l'état de santé ?

• **Le fait d'être au chômage ?**

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	61,0	72,8	69	0,000
2. Assez d'accord.....	29,3	21,4		
3. Pas très d'accord	5,2	3,0		
4. Pas du tout d'accord	3,5	2,1		
5. Ne sait pas	1,1	0,8		

• **Le manque d'argent ?**

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	58,8	66,6	30	0,000
2. Assez d'accord.....	31,3	26,4		
3. Pas très d'accord	7,1	4,9		
4. Pas du tout d'accord	2,5	1,9		
5. Ne sait pas	0,3	0,1		

• **L'isolement par rapport aux enfants ?**

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	45,3	54,1	36	0,000
2. Assez d'accord.....	37,3	32,8		
3. Pas très d'accord	10,2	7,8		
4. Pas du tout d'accord	4,1	3,5		
5. Ne sait pas	3,2	1,7		

• **L'impression d'insécurité ?**

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	45,2	45,9
2. Assez d'accord.....	37,4	34,4
3. Pas très d'accord	11,5	12,6
4. Pas du tout d'accord	4,4	6,2
5. Ne sait pas	1,5	0,9

• **L'absence de formation ?**

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	36,2	34,1
2. Assez d'accord	31,8	33,5
3. Pas très d'accord	19,2	19,3
4. Pas du tout d'accord	9,8	11,6
5. Ne sait pas	2,9	1,4

• *L'éloignement domicile-travail ?*

	1992	1997	chi-2	Probabilité
1. Tout à fait d'accord.....	36,0	43,7	22	0,000
2. Assez d'accord.....	38,6	36,9		
3. Pas très d'accord	15,6	11,8		
4. Pas du tout d'accord	7,5	6,9		
5. Ne sait pas	2,3	0,8		

• *Le fait de vivre habituellement seul ?.*

	1992	1997
1. Tout à fait d'accord.....	33,1	33,4
2. Assez d'accord.....	35,9	33,2
3. Pas très d'accord	17,1	17,9
4. Pas du tout d'accord	9,2	11,9
5. Ne sait pas	4,7	3,5

Q10. D'après vous, la politique de santé doit-elle principalement

	1992	1997
1. Concerner le seul Ministère de la santé	24,3	25,3
2. Etre aussi l'affaire d'autre Ministères	65,5	69,6
3. Ne sait pas	10,1	5,1

Q11. D'après vous, l'Etat doit-il plutôt

	1992	1997
1. Concentrer ses efforts financiers sur quelques problèmes de santé	17,1	11,7
2. Répartir ses moyens sur l'ensemble des problèmes de santé.....	76,9	85,0
3. Ne sait pas.....	6,0	3,2

Q12. L'Etat doit-il dans sa politique de santé, accorder une priorité à certains groupes de population ?

	1992	1997
1. Oui.....	47,5	46,2
2. Non	49,3	52,1
3. Ne sait pas	3,2	1,7

Si oui, plutôt lequel ?

	1992	1997
1. Les nouveaux-nés	23,5	11,9
2. Les jeunes (18 à 25 ans).....	21,2	13,8
3. Les personnes âgées	14,8	6,0
4. Les femmes	1,1	/
5. Les handicapés	24,3	11,0
6. Les plus démunis	/	53,4
6. Aucun de ceux-là.....	15,1	4,0

Q13. L'Etat doit-il, dans sa politique de santé, accorder une priorité à certaines régions ?

	1992	1997
1. Oui.....	26,3	28,6
2. Non	64,1	65,7
3. Ne sait pas	9,5	5,7

Q14. A quel niveau, d'après vous, la politique de santé doit-elle être mise en œuvre de façon prépondérante ?

Au niveau de ...

	1992	1997
1. La commune.....	13,8	15,7
2. Le département.....	8,9	8,4
3. La région	11,1	10,5
4. La France	30,7	36,2
5. L'Europe (la CEE).....	26,0	29,2
6. Ne sait pas	9,6	0,0

Q28. Pensez-vous que l'état de santé des français dans les dix prochaines années va... ?

	1992	1997
1. Beaucoup s'améliorer...../		12,2
2. Un peu s'améliorer...../		35,8
3. Rester identique...../		19,7
4. Un peu se détériorer...../		19,9
5. Beaucoup se détériorer...../		8,5
6. Ne sait pas...../		4,0

Sexe :

	1992	1997
1. Homme.....	47,8	47,7
2. Femme.....	52,2	52,3

Age :

	1992	1997
1. 20-29 ans.....	20,9	19,5
2. 30-39 ans.....	21,0	23,0
3. 40-49 ans.....	17,9	17,8
4. 50-59 ans.....	14,4	14,6
5. 60-69 ans.....	13,2	14,0
6. 70 ans et plus.....	12,7	11,2

Situation matrimoniale

	1992		1997
1. En couple.....	75,3	1 En couple.....	71,2
2. Seul.....	19,7	2 Divorcé, séparé.....	4,1
3. Autre.....	5,0	3 Veuf.....	6,9
		4 Célibataire.....	17,8

Situation par rapport à l'emploi :

	1992	1997
1. Travaille.....	47,8	53,5
2. Au chômage	7,4	5,2
3. Retraité.....	23,7	22,7
4. Inactif.....	19,9	18,6
5. autre.....	1,3	0,0

Type d'activité :

	1992	1997
1. Agriculteur	2,2	2,6
2. Artisan, commerçant	4,2	4,3
3. Cadre	6,5	6,5
4. Profession intermédiaire	11,3	11,5
5. Employé.....	16,4	16,1
6. Ouvrier	16,7	17,6
7. Retraité.....	23,7	22,7
8. Sans activité	19,2	18,6
9. refus	0,0	0,1

Diriez-vous de votre emploi :

• *qu'il est fatiguant nerveusement ?*

	1992	1997
1. oui...../		61,5
2. non...../		38,5

• *qu'il est fatiguant physiquement ?*

	1992	1997
1. oui...../		32,2
2. non...../		67,8

• *qu'il nécessite des efforts physiques importants ?*

	1992	1997
1. oui...../		20,7
2. non...../		79,3

• *aucun des trois ?*

	1992	1997
1. oui...../		17,6
2. non...../		82,4

• *ne sait pas*

	1992	1997
1. oui...../		5,7
2. non...../		94,3

Revenu mensuel du foyer :

	1992	1997
1. Moins de 4 000 F.....	7,5	5,8
2. De 4 à 6 000 F.....	13,2	10,8
3. De 6 à 8 000 F.....	14,9	11,6
4. De 8 à 10 000 F.....	11,4	14,5
5. De 10 à 12 000 F.....	11,5	11,2
6. De 12 à 15 000 F.....	11,4	12,9
7. 15 000 F. et plus.....	19,5	24,7
8. Ne sait pas, refus.....	10,6	8,7

Diplôme le plus élevé

	1992	1997
1. Sortie avant la 3ème.....	29	16,4
2. 3ème.....	12	13,5
3. CAP, BEP.....	22	30,0
4. Baccalauréat.....	14	16,5
5. Niveau Bac + 2.....	9	9,7
6. Bac + 3 ou plus.....	11	13,8
7. Ne sait pas.....	2	0,0

Taille de l'agglomération :

	1992	1997
1. Moins de 2 000 habitants.....	28,9	1 commune rurale..... 26,0
2. De 2 à 10 000 habitants	14,1	2. moins de 20 000 habitants 16,2
3. De 10 à 100 000 habitants.....	21,7	3. de 20 à 99 999 habitants..... 13,3
4. Plus de 100 000 habitants	18,2	4. de 100 à 200 000 habitants..... 6,6
5. Région Parisienne.....	17,1	5. plus de 200 000 habitants 20,8
		6. Unité Urbaine de Paris..... 17,1

Région de résidence :

	1992	1997
1. Région parisienne.....	18,1	19,2
2. Bassin parisien.....	17,4	17,8
3. Nord	7,0	6,5
4. Est.....	9,6	8,7
5. Ouest	13,3	13,0
6. Sud-Ouest.....	11,6	11,0
7. Centre-Est.....	11,2	11,8
8. Méditerranée.....	11,8	11,9

Avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des trois derniers mois ?

	1992	1997
1. Oui.....	58,7	62,0
2. Non	41,3	37,9
3. Refus.....	0,0	0,1

Avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des trois derniers mois ?

	1992	1997
1. Oui.....	32,8	35,6
2. Non	67,2	64,2
3. Refus.....	0,0	0,1

Avez-vous été à l'hôpital au cours des trois derniers mois

	1992	1997
1. Oui.....	5,5	8,4
2. Non	94,5	91,5
3. Refus.....	0,0	0,1

***Souffrez-vous d'une infirmité physique, d'un handicap ou d'une maladie chronique
qui continuera à vous affecter dans l'avenir ?***

	1992	1997
1. Oui.....	27,8	23,4
2. Non	65,9	76,6
3. Ne sait pas	6,3	0,0

ANNEXES 3

Quelques tris croisés en fonction du sexe

Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est

	Hommes	Femmes
très satisfaisant	23	24
satisfaisant	67	62
peu satisfaisant	7	10
pas du tout satisfaisant	3	3
total	100	100

Votre état de santé vous permet-il de faire tout ce que vous voulez :

	Hommes	Femmes
dans vos déplacements dans votre logement	79	75
dans vos déplacement en dehors de chez vous	75	72
de manger tout ce que vous voulez*	68	61
votre état de santé vous permet de faire du sport*	52	43

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « tout » aux items proposés

** ces différences sont significatives*

Pour vous, une bonne santé, est-ce

	Hommes	Femmes
prendre plaisir à la vie	85	86
pouvoir faire ce que l'on veut	81	84
ne pas être malade	80	83
vivre vieux	53	52
ne pas souffrir	72	75
ne pas avoir besoin de consulter un médecin	43	46

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « beaucoup » aux items proposés

Pour améliorer l'état de santé, on devrait

	Hommes	Femmes
avoir une alimentation équilibrée*	82	89
réduire les pollutions	82	87
freiner davantage la consommation d'alcool et de tabac*	75	86
intensifier la recherche médicale	69	72
améliorer le confort des logements*	35	41
changer les conditions de travail	37	34
augmenter le nombre de médecins	13	13
améliorer le contrôle de la qualité des aliments*	70	76
réduire le temps de travail	23	22

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « tout à fait d'accord » aux items proposés

Le maintien en bonne santé de la population est :

	Hommes	Femmes
votre propre affaire, c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie	66	71
un problème de cadre de vie ou de travail, où le médecin n'intervient qu'à l'occasion d'un accident ou d'une maladie	43	42
l'affaire des médecins	20	20

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « tout à fait d'accord » aux items proposés

Diriez-vous de la prévention qu'il s'agit de :

	Hommes	Femmes
être à jour dans ses vaccinations	73	77
faire attention à ce que l'on mange ou ce que l'on boit*	72	81
améliorer l'environnement*	68	74
se faire suivre régulièrement par un médecin*	48	58
améliorer les conditions de travail	48	47
mener des campagnes d'information et de dépistage*	71	78

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « tout à fait d'accord » aux items proposés

* différences significatives

Les problèmes suivants jouent-ils, d'après-vous, un rôle sur l'état de santé

	Hommes	Femmes
le fait d'être au chômage*	70	76
le manque d'argent*	63	70
l'isolement par rapport aux enfants*	50	58
l'impression d'insécurité*	42	50
l'absence de formation*	32	36
l'éloignement domicile-travail*	38	49
le fait de vivre habituellement seul*	30	37

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu «tout à fait d'accord» aux items proposés

* différences significatives

La définition de la politique de santé

	Hommes	Femmes
restrictive	27	24
globale	34	30
sociale*	31	39
indéterminée	8	7
total	100	100

* différence significative

ANNEXE N° 4

Quelques tris croisés en fonction de l'âge

Pour vous, une bonne santé, est-ce

	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	70 ans ou plus
prendre plaisir à la vie	84	87	86	89	83	83
pouvoir faire ce que l'on veut	80	84	86	84	85	75
ne pas être malade	73	81	86	85	87	83
vivre vieux	51	53	52	58	50	50
ne pas souffrir	62	77	77	77	76	75
ne pas avoir besoin de consulter un médecin	38	45	48	48	50	41

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « beaucoup » aux items proposés

Pour améliorer l'état de santé, on devrait

	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	70 ans ou plus
avoir une alimentation équilibrée	80	86	86	87	90	88
réduire les pollutions	82	84	89	82	87	87
freiner davantage la consommation d'alcool et de tabac	72	74	83	83	91	92
intensifier la recherche médicale	63	66	76	74	77	74
améliorer le confort des logements	34	34	39	38	42	47
changer les conditions de travail	34	38	41	37	28	30
augmenter le nombre de médecins	14	11	14	10	14	14
améliorer le contrôle de la qualité des aliments	66	70	79	77	77	75
réduire le temps de travail	18	30	25	23	16	19

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu « tout à fait d'accord » aux items proposés

Le maintien en bonne santé de la population est :

	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	70 ans ou plus
vosre propre affaire, c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie	55	65	71	77	76	78
un problème de cadre de vie ou de travail, où le médecin n'intervient qu'à l'occasion d'un accident ou d'une maladie	29	39	44	51	53	49
l'affaire des médecins	16	17	18	21	25	17

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu «tout à fait d'accord» aux items proposés

Diriez-vous de la prévention qu'il s'agit de :

	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	70 ans ou plus
être à jour dans ses vaccinations	77	78	77	73	71	73
faire attention à ce que l'on mange ou ce que l'on boit	66	75	76	82	85	83
améliorer l'environnement	63	75	75	70	74	70
se faire suivre régulièrement par un médecin	42	50	55	59	58	63
améliorer les conditions de travail	35	48	54	49	53	50
mener des campagnes d'information et de dépistage	66	72	80	77	79	78

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu «tout à fait d'accord» aux items proposés

Les problèmes suivants jouent-ils, d'après-vous, un rôle sur l'état de santé

	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	70 ans ou plus
le fait d'être au chômage	56	71	80	78	80	79
le manque d'argent	50	63	74	72	75	75
l'isolement par rapport aux enfants	40	55	60	56	57	61
l'impression d'insécurité	29	38	48	49	64	60
l'absence de formation	23	30	40	37	41	41
l'éloignement domicile- travail	30	39	44	48	55	58
le fait de vivre habituellement seul	21	30	35	31	44	49

note : les pourcentages donnés sont ceux des personnes ayant répondu «tout à fait d'accord» aux items proposés

La définition de la politique de santé

	de 20 à 29 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	70 ans ou plus
restrictive	24	23	19	29	31	29
globale	32	35	37	31	26	22
sociale	37	36	38	28	33	39
indéterminée	7	6	6	12	10	10
total	100	100	100	100	100	100

ANNEXES N°5

Redressements par âge

La situation par rapport à l'emploi selon l'âge (hors retraités)

EN 1992

	actifs occupés	inactifs	chômeurs
de 20 à 29 ans	23	37	42
de 30 à 39 ans	32	21	34
de 40 à 49 ans	27	16	10
de 50 à 59 ans	14	15	15
de 60 à 69 ans	3	7	0
70 ans ou plus	0	4	0
total	100	100	100

EN 1997

	actifs occupés	inactifs	chômeurs
de 20 à 29 ans	19	44	26
de 30 à 39 ans	36	13	20
de 40 à 49 ans	27	10	23
de 50 à 59 ans	16	14	29
de 60 à 69 ans	1	11	2
70 ans ou plus	0	8	0
total	100	100	100

La PCS (pour les actifs) selon l'âge

EN 1992

	agriculteurs	indépendants	cadres, professions intellectuelles	professions intermédiaires	employés	ouvriers
de 20 à 29 ans	12	17	17	20	30	30
de 30 à 39 ans	30	22	30	38	30	37
de 40 à 49 ans	16	24	38	27	23	22
de 50 à 59 ans	37	33	11	14	14	9
de 60 à 69 ans	5	4	5	2	2	2
70 ans ou plus	0	0	0	0	0	0
total	100	100	100	100	100	100

EN 1997

	agriculteurs	indépendants	cadres, professions intellectuelles	professions intermédiaires	employés	ouvriers
de 20 à 29 ans	8	10	16	18	27	19
de 30 à 39 ans	24	23	31	43	34	36
de 40 à 49 ans	28	30	30	25	27	26
de 50 à 59 ans	27	36	23	14	11	17
de 60 à 69 ans	11	1	1	0	2	1
70 ans ou plus	2	0	0	0	0	0
total	100	100	100	100	100	100

Perception de l'état de santé et éventuels handicaps selon la situation par rapport à l'emploi - après redressement pour obtenir des structures d'âge proches

	actifs occupés	inactifs	chômeurs
jugent leur état de santé très satisfaisant	29	25	18
jugent leur état de santé peu ou pas du tout satisfaisant	6	13	17
ne sont pas limités par leur état de santé	48	41	31
souffrent d'un handicap	17	23	24

Perception de l'état de santé et éventuels handicaps selon la situation par rapport à l'emploi - après redressement pour obtenir des structures d'âge proches

	agriculteur	indépendants	cadres, professions intellectuelles	professions intermédiaires	employés	ouvriers
jugent leur état de santé très satisfaisant	23	39	38	30	25	23
ne sont pas limités par leur état de santé	44	62	56	47	47	37

Évolution de l'état de santé entre 1992 et 1997 selon la situation sociale - après correction de l'effet de l'âge

Proportion de personnes non limitées par leur état de santé :	en 1992	en 1997	différence entre 1992 et 1997
actifs occupés dont	44	48	+4
Cadres et professions intellectuelles	50	56	+6
indépendants	41	62	+21
ouvriers	45	37	-8
chômeurs	47	31	-16
inactifs	38	41	+3

**Évolution comparée de l'opinion des cadres et de l'ensemble des français sur le rôle du
manque d'argent entre 1992 et 1997 - après correction de l'effet âge**

	Pour les cadres		Pour l'ensemble des Français	
	tout à fait d'accord	évolution 92-97	tout à fait d'accord	évolution 92-97
le manque d'argent joue un rôle sur l'état de santé	65	+20	68	+10
le maintien en bonne santé est votre propre affaire	67	-15	70	-8

Dépôt légal : Janvier 1998

ISSN : 1242-7764

ISBN : 2-84104-103-4

