

CAHIER DE ReCHERCHE

JUIN 1999



N° 128

LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA PERCEPTION DE LA SANTÉ

**Christine Olm
Pierre Le Quéau**

Département "Evaluation des Politiques Sociales"

**Crédoc - Cahier de recherche. N°
0128. Juin 1999.**

CREDOC•Bibliothèque



CRÉDOC

L'ENTREPRISE DE RECHERCHE



**LA CONSTRUCTION SOCIALE
DE LA PERCEPTION DE LA SANTE**

Christine OLM

Pierre Le QUÉAU

Département Evaluation
des Politiques Sociales

Juin 1999

142, rue du Chevaleret
7 5 0 1 3 - P A R I S

SOMMAIRE

Première partie : LES ENJEUX DE LA MESURE DE LA PERCEPTION DE LA SANTE

I. LA MESURE DE LA PERCEPTION DE LA SANTE DANS LES ENQUETES SOCIALES	12
<i>I.1. Une perception de la santé plutôt mauvaise.....</i>	<i>12</i>
<i>I.2. La cause de la demande d'aide sociale</i>	<i>17</i>
<i>I.3. L'accès aux soins</i>	<i>20</i>
II. LA PERCEPTION DE LA SANTE DANS LE CADRE D'ENQUETES SPECIFIQUES	27
<i>II.1. Les cadres sociaux de l'expérience de la santé.....</i>	<i>27</i>
<i>II.2. La " variabilité " de la perception de la santé</i>	<i>30</i>
<i>II.3. L'horizon des attentes</i>	<i>35</i>
<i>II.4. Une problématique élargie</i>	<i>37</i>

Deuxième partie : QUELS INDICATEURS POUR LA MESURE DE LA SANTE

I. LES GRANDES CATEGORIES D'INDICATEURS.....	42
<i>I.1. Inventaires des catégories d'indicateurs</i>	<i>43</i>
I.1.a. Les indicateurs de santé perçue	43
I.1.b. Les indicateurs de morbidité.....	47
I.1.c. Les indicateurs de capacité	52
I.1.d. Les indicateurs de recours aux soins	54
<i>I.2. L'utilisation conjointe des différentes catégories d'indicateurs</i>	<i>57</i>
I.2.a. Les liens existants entre les indicateurs	58
I.2.b. L'articulation des différents indicateurs de santé selon les caractéristiques des personnes interrogées.....	59
II. QUELS INDICATEURS DANS LE CADRE DES ENQUETES SUR LES POPULATIONS EN DIFFICULTE ?	65
<i>II.1. Le choix des questions dans les quatre catégories d'indicateurs</i>	<i>66</i>
II.1.a. Les indicateurs de perception de la santé	66
II.1.b. Les indicateurs de morbidité	69
II.1.c. Les indicateurs de capacité	75
II.1.d. Les indicateurs de recours aux soins	78
<i>II.2. Des indicateurs plus transversaux : l'indicateur de santé perçue de Nottingham et l'indicateur de Duke.....</i>	<i>82</i>
II.2.a. L'indicateur de santé perçue de Nottingham	82
II.2.b. Le profil de santé de Duke	86
II.2.c. Intérêt, limite et comparaison de ces deux indicateurs	88
Bilan de la recherche	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1	Perception de l'état de santé, dans l'enquête " panel RMI "	12
Tableau n°2	Perception de l'état de santé dans l'enquête " Grande pauvreté "	13
Tableau n°3	Comparaison de la perception de l'état de santé dans différentes enquêtes auprès d'allocataires du RMI	14
Tableau n°4	Perception de l'état de santé dans l'enquête " Perception de la santé en France "	16
Tableau n°5	Événements associés à l'entrée au RMI	17
Tableau n°6	Les motifs de demande du RMI	21
Tableau n°7	Les aides apportées par le RMI en matière de santé	22
Tableau n°8	Indicateur d'intensité de l'aide apportée par le RMI	22
Tableau n°9	Évolution de la perception de la santé, du point de vue de la gêne dans la vie quotidienne	34
Tableau n°10	La distribution de l'indicateur de santé perçue	44
Tableau n°11	La perception de la santé selon le sexe dans les enquêtes de perception de la santé en France (CRÉDOC) et de santé, soins et protection sociale (CREDES)	47
Tableau n°12	Proportion de maladies déclarées par catégorie socioprofessionnelle et niveau de diplôme	51
Tableau n°13	La distribution d'indicateurs de capacité	52
Tableau n°14	Les gênes dues à l'état de santé selon le sexe de la personne interrogée	54
Tableau n°15	Distribution d'indicateurs de recours aux soins	55
Tableau n°16	Indices de recours aux soins à âge et sexe comparables selon la catégorie socioprofessionnelle, et la situation par rapport à l'emploi	57
Tableau n°17	Croisement des indicateurs de santé	58
Tableau n°18	Comparaison de l'indicateur de morbidité du CREDOC avec celui du CFES	72
Tableau n°19	L'indicateur de Santé Perçue de Nottingham	83
Tableau n°20	Les items du profil de santé de Duke	86

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1	Évolution du rôle des conditions de vie	31
Graphique n°2	Perception de la santé	32
Graphique n°3	Perception de l'état de santé et handicaps, selon la PCS	33
Graphique n°4	Pourcentage des personnes satisfaites de leur état de santé, bien que limitées pour effectuer des gestes quotidiens, selon l'âge	35
Graphique n°5	Pourcentage des personnes satisfaites de leur état de santé, bien que limitées pour effectuer des gestes quotidiens, selon la situation par rapport à l'emploi	36
Graphique n°6	Les déterminants de l'état de santé perçu - enquête sur la perception de la santé en France	45
Graphique n°7	État de santé perçu dans l'enquête sur les RMIstes dans les Bouches du Rhône en fonction de l'âge : note pondérée par tranche d'âge	46
Graphique n°8	La distribution d'un indicateur de morbidité	49
Graphique n°9	Nombre d'affections déclarées par personne, selon l'âge et le sexe	50
Graphique n°10	Les déterminants de l'absence de gêne dans la vie quotidienne due à l'état de santé	53
Graphique n°11	Le taux de recours aux soins en fonction de l'âge et du sexe	56
Graphique n°12	Note moyenne de santé perçue selon l'indicateur de risque vital	59
Graphique n°13	Une hiérarchie qualitative des catégories socioprofessionnelles selon les différents indicateurs de santé	63
Graphique n°14	Une comparaison des perceptions de la santé selon la prise en compte de l'âge dans la formulation de la question	67
Graphique n°15	Score pondéré aux différentes dimensions de l'ISPN selon l'âge et le sexe	85
Graphique n°16	Les dimensions du profil de Duke selon le sexe et l'âge	88

Introduction

Nombreux sont les travaux du département Evaluation des Politiques Sociales du CREDOC qui abordent le thème de la santé. L'étroite imbrication des champs sanitaires et sociaux inscrite dans la mise en place des dispositifs d'aide à l'insertion, suffit en soi à justifier la présence dans nos questionnaires de quelques indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité de l'aide apportée dans le domaine de la santé. Dans de telles démarches, toutefois, ce thème n'est abordée que de manière plutôt annexe, voire incidente, étant entendu que l'analyse se porte alors essentiellement sur le rapport qu'entretiennent les personnes interrogées avec l'emploi et la formation professionnelle.

Plus précisément, encore que cette dimension soit peut explicitée, la santé apparaît dans le champ de l'investigation pour permettre de préciser les circonstances qui ont motivé la demande d'aide, ou bien pour rendre compte de certaines difficultés de sortie vers l'emploi ou vers la formation. Une idée désormais assez commune tient en effet dans la relation paradoxale qu'entretiennent les situations de précarité et l'état de santé, supposé dégradé, des personnes qui sont amenées à les vivre : chacun pouvant passer pour la cause et/ou la conséquence de l'autre. En ce sens, ce type d'analyse participe très directement de l'évaluation d'un dispositif d'aide à l'insertion sociale et professionnelle puisqu'il s'agit d'identifier et de dénombrer les personnes entrées dans le dispositif pour des raisons de santé, ou suffisamment handicapées pour ne pas pouvoir reprendre un emploi dans des conditions " normales ". En même temps, puisqu'il ne saurait être question d'attendre de ces individus qu'ils puissent quitter positivement le dispositif, l'enquête doit faire apparaître si l'aide par les mécanismes d'intervention leur ont permis d'accéder aux soins, et dans quelle mesure leur état s'est amélioré.

Cette approche de la santé est certainement la plus fréquente parmi les travaux réalisés par le département Evaluation des politiques sociales. La demande d'intervention dans le domaine sanitaire, toutefois, s'est précisée et, pour ainsi dire, " autonomisée ". Très proche des études précédentes, par exemple, une commande d'évaluation n'a ainsi porté que sur le volet sanitaire du dispositif d'insertion dans le département du Territoire de Belfort en 1992. Cette démarche, pour exceptionnelle qu'elle puisse apparaître, puisque aucune autre comparable n'a par la suite été réalisée dans un autre département, témoigne de la place qu'ont désormais pris les questions de santé dans la problématique générale de l'insertion.

Plus récemment encore, certaines collectivités se sont interrogées sur l'efficacité de leur dispositif de prise en charge des besoins sanitaires des personnes en difficulté : des communes, comme Vitry/Seine, ou bien des départements, comme les Hautes-Alpes. Cette préoccupation des autorités médicales et sociales pour les questions touchant à la fois à la précarité et à la santé, trouve, son point d'orgue, après plusieurs tâtonnements, avec la mise en place annoncée, dans le texte de la loi dite de " lutte contre les exclusions ", de la couverture médicale universelle.

Parallèlement à cette évolution ressentie dans le champ de l'intervention médico-sociale, les travaux réalisés dans un domaine touchant plus étroitement encore, et plus exclusivement, la santé se sont multipliés. Parmi les derniers, on peut citer l'étude réalisée en 1997 pour le Haut Comité de Santé Publique sur la " Perception de la santé en France ", et l'évaluation de la loi Evin, commandée par le Commissariat général du plan en 1998. Ces études ont été l'occasion d'élargir le champ de la réflexion sur notre manière d'aborder les questions sanitaires, voire de la remettre en question.

On ne saurait, enfin, passer sous silence les quelques incursions faites sur le thème de la dépendance des personnes âgées, thème qui continue d'être exploré par le travail prospectif mené en 1998-1999 sur le besoin de prise en charge des seniors à Paris. Cette thématique particulière a déjà donné lieu à un travail plus approfondi portant sur la comparaison de l'état de santé vu, d'une part, par les équipes socio-médicales prescrivant la prestation expérimentale de dépendance et, d'autre part, par les personnes âgées elles-mêmes ou bien leur entourage, pour celles qui souffraient de problème de cohérence, voir de démence¹.

Ces travaux menés, chaque fois, en étroite collaboration avec des équipes de spécialistes, par les lumières qu'ils ont permis d'apporter sur les relations entre les représentations associées au corps et à la santé et la perception de la santé, et puis entre ces représentations et les pratiques sanitaires (consultations médicales, consommation de tabac et d'alcool, etc.), ont certainement permis d'élargir le champ de notre réflexion sur notre pratique d'interrogation sur la perception de la santé. Mais il a manqué, jusqu'à ce jour, l'occasion de systématiser une critique de notre approche, notamment au regard de celles qui sont proposées par d'autres équipes de chercheurs, en France comme à l'étranger.

Le projet de ce cahier de recherche trouve donc son principe dans ce besoin d'une clarification des tenants et des aboutissants méthodologiques et théoriques de la mesure de la perception de la santé. Il s'agit, en d'autres termes, d'apporter quelques éléments de réponse aux questions *a priori* simples : que mesure-t-on lorsque l'on interroge les gens sur leur état de santé ? Et qu'est-ce qui détermine les réponses recueillies ? Si la question est relativement aisée à formuler, les réponses sont quant à elles plus difficiles à concevoir. La santé apparaît en effet comme une dimension éminemment complexe de l'être humain, dans le sens que le sociologue et philosophe E. Morin, donne à cette notion : un chiasme où interagissent de nombreux facteurs, relevant de divers champs scientifiques, et qui perturbe sérieusement les repères épistémologiques les mieux établis.

L'enjeu de cette recherche est donc multiple. En premier lieu, il s'agit de pouvoir apporter des éléments de réponses méthodologiques et pratiques à toutes ces demandes d'intervention qui nous sont faites, soit dans le domaine médical, soit dans celui de l'action sociale. C'est pourquoi on trouvera, dans la deuxième partie de ce travail, un inventaire critique des différentes modalités de recueil de la perception de la santé. Mais cela suppose une réflexion théorique visant à clarifier ce qui fait l'objet d'une telle mesure. Nous proposons donc, dans la première partie, cette analyse réalisée à partir du matériau disponible dans les enquêtes que nous avons menées.

¹ *Dépendance perçue, dépendance mesurée : deux approches d'une même réalité*, Cahier de recherche du CREDOC, n° 110, novembre 1997.

Première partie :

Les enjeux de la mesure de la perception de la santé

Introduction

La mesure de la perception de la santé est une pratique assez récurrente dans l'ensemble des travaux réalisés par le département Evaluation des Politiques Sociales du CREDOC. Pour généralisée qu'elle soit, cependant, aucune réflexion critique n'a jusqu'à ce jour été menée sur les instruments qui permettent de légitimer ou de conforter cette approche.

Les problèmes que soulève cette réflexion sur les moyens d'objectiver la perception qu'ont de leur santé les personnes interrogées dans le cadre de nos enquêtes, sont nombreux et touchent à de nombreux aspects, aussi bien méthodologiques, que théoriques ou épistémologiques. Ils nous plongent même au cœur d'une question très complexe, et non véritablement résolue depuis l'ouvrage fondateur de G. Canguilhem datant de 1943, portant sur la construction sociale de la norme sanitaire². Difficile, bien sûr, de résumer en peu de mots la thèse du philosophe, mais notons qu'il remet en cause le glissement qui s'opère incidemment, dans le contexte de la pathologie occidentale moderne, entre ce qu'il convient de définir comme une "santé moyenne", en termes statistiques, et une "santé normale" : ce que la santé "devrait être". Or la santé apparaît comme une chose éminemment relative, aussi bien en termes physiologiques, qu'en termes sociologiques puisque c'est bien le cadre d'une société globale, et l'ensemble de son dispositif de légitimation institutionnelle, qui justifie cette norme en fonction de laquelle le corps médical, en premier lieu, évalue la santé d'un "sujet" mais aussi, en second lieu, par rapport à laquelle chaque sujet est amené à apprécier son propre état.

On ne saurait toutefois appréhender ce rapport à la norme d'une manière univoque. Il existe bien une norme globale et dominante qui détermine assez largement la manière dont chacun appréhende la santé, à une époque bien circonscrite dans une aire culturelle donnée, ce dont rend également compte l'anthropologue D. Le Breton³. Cependant, chaque groupe composant cette unité sociale entretient bien évidemment une relation très particulière avec elle. Il sera temps, dans les deuxième et troisième parties de cette étude, de s'interroger de manière plus détaillée sur les déterminants sociaux de la perception de la santé, mais la mise en évidence de ce principe de

² G. Canguilhem : *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1975 (3^e éd.).

³ D. Le Breton : *Corps et société*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1985, et *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métaillié, 1995, notamment.

relativisme – ou “ relationnisme ”, devrait-on dire à l’instar du sociologue G. Simmel – renvoie plus à une problématique plus précise qui cadre en général l’approche classique du CREDOC : à savoir que l’essentiel des travaux réalisés sur la thématique de la santé s’inscrit dans le contexte d’une approche de la pauvreté ou, à tout le moins, de la précarité sociale.

D’emblée notre appréhension de la perception de la santé se trouve donc bordée par une question sociale qui sous-tend elle-même de nombreux présupposés, plus ou moins légitimes. Parmi ceux-ci, on retrouvera certainement un aspect idéologique, au sens large du terme, qui traverse d’ailleurs d’une manière plus générale l’ensemble des questions sociales, selon lequel la santé est une des dimensions constitutives de la “ misère ”. M. Foucault, dans nombre de ses ouvrages, rappelle de quelle manière l’hygiénisme, caractéristique d’une certaine modernité triomphante au XIX^e siècle, confond dans sa pratique éducative des “ misérables ”, une dimension morale et une dimension sanitaire ⁴. Il y a bien, derrière ce mode d’intervention sociale, le constat d’un positionnement spécifique d’une catégorie de populations à l’égard de la “ norme ” sanitaire. Mais cette association entre certains comportements malsains et la misère sociale (l’alcoolisme, le tabagisme, sans parler des pratiques sexuelles), fournit sa matière à toute une littérature romantique ou naturaliste qui traverse ce siècle, et pénètre le XX^e : de V. Hugo à E. Zola.

Certains travaux scientifiques plus contemporains, même s’ils sont en principe débarrassés de cette arrière-pensée moraliste, continuent néanmoins d’objectiver cette relation entre une certaine pauvreté et un désarroi sanitaire, et contribuent aujourd’hui à légitimer une réflexion sur ce qu’il est convenu d’appeler la question de “ l’accès aux soins des personnes les plus défavorisées ”. Cette notion recouvre alors aussi bien le problème institutionnel visant à définir l’instrument qui permettrait aux personnes défavorisées de se soigner sans bourse délier, que le problème sociologique posé par la compréhension des pratiques de non-recours au système sanitaire. Plus qu’une dimension constitutive de la pauvreté, la santé peut alors apparaître comme une de ces causes spécifiques. Pourtant, la relation entre la situation économique et l’état de santé est loin d’être tout à fait éclaircie, et plutôt que de fonder une approche de l’exclusion, il apparaît qu’elle offre une ouverture pour penser un trait caractéristique de notre société tout entière. Autrement dit, la question de l’état de santé des personnes les plus défavorisées est surtout intéressante parce qu’elle illustre, et se rattache à, cette problématique plus globale de l’inégalité des personnes devant la santé et le système sanitaire.

⁴ M. Foucault : *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, notamment.

On peut retracer l'évolution historique de cette " thématisation " de la santé dans les travaux récents du CREDOC en distinguant deux types d'approches dans lesquelles intervient de façon presque systématique une mesure de la perception de la santé : il s'agit en premier lieu des enquêtes liées à l'évaluation d'un dispositif ou d'une mesure relevant du champ de l'intervention sociale ; et, en second lieu, des travaux plus spécifiquement centrés sur des problématiques sanitaires. Si les premières, qui constituent l'essentiel de nos interventions, d'un point de vue quantitatif (nombre d'études) et qualitatif (problématique précarité sociale et santé), ce sont bien les analyses permises par les secondes qui ouvrent la voie à une réflexion approfondie sur les tenants et les aboutissants de la mesure de la perception de la santé.

I. LA MESURE DE LA PERCEPTION DE LA SANTE DANS LES ENQUETES SOCIALES

La problématique de la perception de la santé, dans ce cadre, renvoie pleinement à cette étroite imbrication entre le domaine sanitaire et celui de l'action sociale dont il a déjà été question précédemment. En ce sens, la plupart des enquêtes réalisées auprès de bénéficiaires de mesures ou d'allocataires comporte plusieurs questions relevant de cette thématique. De manière exemplaire, on peut ainsi détailler certains travaux qui ont été réalisés dans le cadre de l'évaluation du RMI, tant à l'échelon national qu'à l'échelon départemental.

I.1. Une perception de la santé plutôt mauvaise

Dans le contexte de telles études, le plus souvent, une question simple et synthétique permet d'appréhender la manière dont la personne interrogée perçoit son état de santé. Celle qui est alors le plus fréquemment utilisée avait déjà été retenue lors de la première enquête réalisée sur un panel d'allocataires du RMI, dans le cadre de la Commission nationale d'évaluation du RMI⁵.

Tableau n°1
Perception de l'état de santé, dans l'enquête " panel RMI "

	Eté 90 %	Hiv 90/91 %	Eté 91 %	Hiv 91/92 %
- Est en bonne santé.....	48	42	40	38
- Il arrive d'être malade, comme tout le monde	21	26	25	28
- Est très souvent malade, fatigué.....	18	19	20	18
- Ne peut rien faire à cause de sa santé.....	10	11	12	13
Aucune de ces phrases ne convient.....	3	2	3	3
Total	100	100	100	100

Source : panel RMI - CREDOC, 1992

Rappel de la question : " Quelle phrase définit le mieux votre état de santé ? "

⁵ Enquête réalisée entre juillet-août 1990 et décembre-janvier 1992 auprès d'un échantillon de 1965 personnes lors de la première vague ; de 1594 personnes, lors de la seconde ; de 1260, lors de la troisième, et 1013 personnes, lors de la dernière. Les résultats présentés dans ce tableau sont ceux de la synthèse, calculés sur les 1013 individus interrogés au cours des quatre vagues successives : *Panel RMI-CREDOC, synthèse des quatre vagues d'enquête, CREDOC, 1993.*

La question est depuis systématiquement reprise, telle quelle, dans la plupart des travaux réalisés auprès du même public dans différents départements. Elle a également été utilisée dans des termes identiques lors de l'enquête réalisée sur la " Grande pauvreté " pour le Conseil économique et social en 1995 ⁶.

Tableau n°2
Perception de l'état de santé dans l'enquête " Grande pauvreté "

	%
- Est en bonne santé.....	26
- Cela lui arrive d'être malade, comme tout le monde	40
- Est très souvent malade, fatigué.....	20
- Ne peut rien faire à cause de sa santé.....	11
Aucune de ces phrases ne convient.....	3
Total	100

Source : CREDOC - CES, 1995

Rappel de la question : " Quelle phrase définit le mieux votre état de santé ? "

Les premiers enseignements que permet de tirer cette question prise isolément de son contexte, sont assez minces... contrairement aux interrogations qu'elle soulève. En effet, sans considération des problématiques précises et particulières qui sous-tendent la rédaction d'un questionnaire, et la commande d'une enquête, cette question n'autorise donc qu'une comparaison simple avec elle-même entre différents points de sondage ou bien, mais l'exercice est plus difficile, avec des questions proposant des données relativement proches.

La mesure barométrique réalisée au cours des quatre vagues du panel-RMI a permis de montrer ce qu'on pourrait appeler, dans un premier temps, une " dégradation " importante de l'état de santé déclaré. Cette évolution correspond d'ailleurs, au moins pour les trois premières vagues de l'enquête, à une occurrence sensiblement plus fréquente de symptômes psychosomatiques (insomnies, maux de tête, mal de dos...), et à une préoccupation accrue pour la santé. Les derniers résultats recueillis au cours de l'hiver 1991-92, toutefois, ont amené à nuancer cette observation, dans la mesure où la " prévalence " des troubles psychosomatiques a sensiblement diminué.

⁶ Enquête réalisée auprès d'un échantillon de 754 personnes en " situation de pauvreté ". Pour la définition de cette notion se reporter au rapport de synthèse : *Les politiques sociales à l'épreuve de la pauvreté*, CREDOC, Collection des rapports n° 159, 1995.

D'emblée, cette observation nous plonge donc au cœur de la question que tente de cadrer la présente recherche, à savoir : que peut bien signifier un changement de la perception de la santé d'une population donnée, si ce n'est un changement de son état de santé ? A l'époque de la rédaction du rapport de synthèse, en 1993, c'est l'hypothèse du "moral" qui avait été mise en avant : "La montée du pessimisme quant à l'état de santé des allocataires, régulière entre les première et troisième vagues, connaît à l'hiver 91/92 un léger tassement"⁷.

La comparaison avec d'autres données de cadrage ne se révèle, comme toujours, possible que lorsque la question a été posée en des termes identiques. En ce sens, et sous réserve des remarques qu'il faudrait introduire quant à la taille des échantillons des différentes enquêtes évoquées, on peut en effet comparer la perception de leur santé qu'ont les allocataires du RMI dans différents départements. Les dates auxquelles ont été réalisés ces travaux, de plus, favorisent cet essai de comparaison.

Tableau n°3
 Comparaison de la perception de l'état de santé
 dans différentes enquêtes auprès d'allocataires du RMI

	Hérault % Mai 1998	Loir & Cher % Nov. 1998	Haute- Vienne % Déc. 1998
Taille d'échantillon	308	204	201
- Est en bonne santé.....	23	25	24
- Il arrive d'être malade, comme tout le monde	44	51	43
- Est très souvent malade, fatigué.....	21	14	21
- Ne peut rien faire à cause de sa santé.....	10	10	8
Aucune de ces phrases ne convient.....	2	1	2
Total	100	100	100

Source : CREDOC

Rappel de la question : " Quelle phrase définit le mieux votre état de santé ? "

En l'occurrence, les écarts sont assez minimes et, compte tenu de la taille des échantillons, on ne saurait les considérer comme réellement significatifs. C'est d'ailleurs cette stabilité des réponses qui peut étonner, compte tenu du contexte socio-économique extrêmement différencié de ces trois départements. Si l'Hérault, par exemple, compte plus de 26 000 allocataires (soit 3 % des habitants du département), la Haute-Vienne en dénombre un peu plus de 5 000 (1,4 %), et le Loir & Cher, à peine 3 500 (1,2 %).

⁷ Panel RMI-CREDOC, synthèse des quatre vagues d'enquête, CREDOC, 1993, p. 25.

La structure socio-démographique des trois échantillons présente, en outre, de nombreux points communs. Le département de l'Hérault, cependant, compte relativement moins d'allocataires de plus de cinquante ans (15 %) que les autres (20 %), mais il ne semble pas que cela ait une incidence très marquée sur la mesure globale de la perception de la santé des RMIstes dans ces départements. La proportion des allocataires ayant déclaré avoir connu de gros problèmes de santé par le passé, enfin, est toujours à peu près identique : un tiers dans le Loir & Cher et en Haute-Vienne, à peine davantage dans l'Hérault (36 %).

Plus problématique apparaît encore la comparaison avec des données de cadrage établies à l'échelon national, sur l'ensemble de la population française. La difficulté alors tient en l'absence de référence autorisant cette comparaison. On peut éventuellement se reporter à la question posée chaque année dans l'enquête " Conditions de vie & Aspirations des Français ", ou bien encore à celle que l'on retrouve dans l'enquête " perception de la santé en France " ⁸, dont la formulation diffère assez sensiblement de celle qui est couramment employée dans les travaux d'évaluation des politiques sociales.

Compte tenu de cette différence, et à supposer qu'on puisse rapprocher les items, un premier regard ne permet pas de noter d'écart très significatif entre la manière dont les allocataires du RMI jugent leur santé dans un département donné (24% se disent " en bonne santé " en 1998 dans la Haute-Vienne, par exemple), par rapport à l'ensemble des Français (24% d'entre eux jugeaient leur état de santé " très satisfaisant " à la fin de l'année 1997). Là encore, la stabilité des données recueillies est même remarquable dans la mesure où l'on sait par ailleurs, d'après les grands indicateurs de morbidité et de mortalité, que l'état de santé des populations diffère sensiblement selon leur milieu socio-économique d'appartenance. Est-ce à dire qu'un tel indicateur de la perception de l'état de santé échoue à rendre compte de ce principe d'inégalité ?

Sans apporter pour l'instant de réponse définitive à cette question, on peut faire remarquer que ce sont non seulement les formulations des questions qui posent problème, mais aussi les structures d'échantillon. L'enquête sur la perception de la santé porte en effet sur un échantillon national représentatif de 2 000 Français adultes, incluant donc les 15-25 ans qui sont en principe, et par

⁸ Enquête réalisée à la fin de l'année 1997 pour le Haut Comité de Santé Publique : *La perception de la santé en France*, CREDOC, Collection des rapports n° 185, janvier 1998.

définition, exclus des échantillons d'allocataires du RMI ⁹. De même, à l'autre extrémité de la chaîne des âges, les personnes âgées de 60 ans et plus sont surreprésentées dans l'enquête réalisée pour le Haut Comité de Santé Publique en 1997. Si l'on corrige donc la structure de l'échantillon de l'enquête sur la perception de la santé, pour la rapprocher de celle d'une autre enquête réalisée à l'échelon national auprès de 900 allocataires du RMI, les données se présentent un peu différemment ¹⁰. Sur la base de ce redressement, la part des personnes qui déclarent être " très satisfaites " de leur état de santé dans l'enquête sur la perception de la santé en France, est de 30 %. Autrement dit, sans répondre à toutes les interrogations méthodologiques qu'elle laisse, loin s'en faut, cette comparaison de la perception de la santé entre deux populations ne contredit au moins pas une donnée structurelle fondamentale : les allocataires du RMI qui représentent à bien des égards une population en situation de précarité, montrent globalement une perception de leur état de santé moins bonne que l'ensemble de la population française.

Tableau n°4
Perception de l'état de santé dans l'enquête " Perception de la santé en France"

	1992	1997
- Très satisfaisante.....	23	24
- Assez satisfaisante.....	61	64
- Peu satisfaisante.....	11	8
- Pas satisfaisante du tout.....	5	4
Total	100	100

Source : CREDOC, 1992, 1994

Rappel de la question : " Par rapport aux personnes de votre âge, votre santé est-elle... ? "

On reviendra plus loin de manière plus détaillée sur les enseignements qui peuvent être tirés de l'étude de tels indicateurs synthétiques et généraux de la perception de l'état de santé, notamment du point de vue de la comparaison entre groupes sociaux déterminés à partir du sexe, de l'âge ou bien encore de la catégorie socioprofessionnelle. Disons pour l'instant que l'utilisation d'un tel indicateur dans nos enquêtes d'évaluation d'une politique sociale ne permet pas souvent une analyse comparée fiable, ce qui peut déjà être largement amélioré dans la pratique de nos enquêtes, malgré

⁹ En principe, les droits au RMI sont ouverts à partir de 25 ans. Les plus jeunes peuvent cependant y prétendre dans quelques cas bien précis. C'est pourquoi les moins de 25 ans ne représentent-ils guère plus de 3% des allocataires dans nos échantillons.

¹⁰ Enquête réalisée en 1996 auprès d'un échantillon national de 900 individus entrés dans le dispositif du RMI en 1995. *Les nouveaux arrivants au RMI*, CREDOC, Collection des rapports n° 173, novembre 1996 ; *Etude complémentaire sur les nouveaux arrivants au RMI*, CREDOC, Collection des rapports N° 196, octobre 1998.

les contraintes qui sont à chaque fois spécifiques (la problématique de l'échantillonnage sur un plan local).

On ne saurait toutefois écarter complètement de cette analyse le contexte dans lequel s'inscrit la démarche d'une telle enquête, et il convient de préciser que le questionnement sur la perception de la santé se prolonge généralement dans deux directions complémentaires. La problématique sanitaire rejoint une recherche sur les causes de la demande d'aide sociale, en premier lieu, et une mesure de l'accès aux soins, en second lieu.

1.2. La cause de la demande d'aide sociale

Dans les enquêtes participant à une évaluation locale du RMI, la perception de la santé apparaît au travers de différents indicateurs qui doivent permettre de dire dans quelle mesure l'entrée dans le dispositif est provoquée par un " problème de santé ". Et il est clair que cette approche n'est pas sans incidence sur l'analyse qu'il convient de porter sur les sorties du dispositif.

Dans l'enquête sur le dispositif RMI en Haute-Vienne, par exemple, il apparaît ainsi qu'un allocataire sur 5 est entré au RMI suite à un problème de santé, non exclusivement, car cette difficulté s'ajoute souvent à d'autres touchant à l'emploi ou à la formation professionnelle.

Tableau n°5
Événements associés à l'entrée au RMI

	%
- Perte d'emploi, se stage, ou fin d'indemnisation.....	54%
- Séparation, divorce, ou autre événement familial.....	32%
- Problème de santé	21%
- Perte ou diminution de prestation.....	19%
<i>Au moins 2 des 4 événements cités ci-dessus</i>	34%
- Difficultés à trouver un emploi.....	22%
- Vient d'avoir 25 ans.....	10%
TOTAL	(1)

Source : CREDOC - Conseil général et Préfecture de la Haute-Vienne, 1998

(1) : total supérieur à 100 en raison des réponses multiples

Rappel de la question : " Avez-vous demandé à bénéficier du RMI à la suite d'un des événements suivants ? "

Dans un travail identique, réalisé un an plus tôt dans le département du Loir & Cher, la même question fait apparaître qu'un quart des 204 allocataires interrogés ont demandé le RMI suite à " un problème de santé ". Dans le département de l'Hérault où quelque 308 allocataires ont été interrogés la même année, la proportion de ceux qui ont fait leur demande au RMI suite à un problème de santé, s'élève à 22%.

Une autre approche, plus approfondie, réalisée à partir d'une analyse lexicale du contenu de quelque 400 contrats d'insertion dans l'Hérault, montrait par ailleurs que 20 % d'entre eux abordaient la thématique de la santé. Ces contrats prescrivent alors une orientation de l'allocataire vers une structure sanitaire pour la prise en charge et le traitement d'une pathologie plus ou moins lourde et handicapante : surdité, toxicomanie, alcoolisme, trouble psychiatrique, etc. Une convention-type, en quelque sorte, inscrite dans ces contrats peut alors prendre la forme des deux qui suivent :

- *“ Monsieur est suivi médicalement. Une insertion professionnelle ne pourra être envisagée que lorsque son état de santé sera amélioré ”.*
- *“ Suivi médical en raison de problème de santé de Madame. Ne peut pas travailler ni effectuer une formation professionnelle ”.*

Quel que soit le département dans lequel une enquête a été réalisée, on retrouve donc une proportion voisine d'un allocataire sur quatre ou cinq entré au RMI à cause d'une santé pour le moins défaillante. Bien entendu, cette approche de la santé rejoint directement la seconde relative à l'accès aux soins. Mais pour être complet sur cette problématique de la cause de la demande d'aide, on ne peut manquer d'aborder la question de la sortie qui constitue le cœur même de la démarche d'évaluation d'un dispositif comme le revenu minimum d'insertion. C'est ainsi que, quand sont dressées des typologies d'allocataires dans les différents départements faisant l'objet d'une enquête, apparaît toujours un groupe homogène, et bien distinct des autres, réunissant ceux qui en mauvais état de santé, ont obtenu le statut de handicapé, ou bien ont fait une demande en ce sens. Ce groupe représente 10 % des allocataires interrogés en Haute-Vienne et dans le Loir & Cher.

Dans l'Hérault, de même, l'analyse avait permis de mettre à jour une classe (9 % de l'échantillon) formé par les allocataires souffrant de graves problèmes de santé les empêchant de travailler ou bien de suivre une formation, et avait mis en évidence quelques-unes de leurs caractéristiques.

Ces personnes reçoivent en général beaucoup d'aide de la part des institutions et sont fréquemment en contact avec des travailleurs sociaux avant même leur entrée dans le dispositif, leur famille ne pouvant manifestement que rarement leur venir en aide. Leur niveau de qualification est souvent très bas et la moitié d'entre elles n'a pas été scolarisé au-delà de la cinquième. Un allocataire de ce groupe sur deux, par ailleurs, est âgé de 45 ans et plus. Enfin, la plupart bénéficient ou ont bénéficié d'un contrat d'insertion, et le RMI semble les avoir beaucoup aidé pour accéder aux soins. Ils n'ont en revanche que rarement travaillé pendant la période où ils ont touché le RMI.

Le portrait suivant d'un allocataire interrogé au cours d'un entretien approfondi est très illustratif de ce groupe.

Portrait-type d'un allocataire entré dans le dispositif RMI pour des raisons de santé

- Evaluation du dispositif insertion dans l'Hérault 1998 -

Actuellement âgé de 48 ans, cet homme a toujours eu une santé fragile. Sa scolarité a été très perturbée car il souffrait périodiquement d'angines et de diverses affections. Il est même resté quinze mois en préventorium à l'âge de 11 ans. Il a arrêté sa scolarité un an après, en fin d'étude primaire. Issu d'un milieu très modeste, ses parents ont aussi souffert de graves problèmes de santé : son père a contracté la tuberculose, et sa mère atteinte de la maladie de Parkinson, n'a pas été capable de travailler.

Souhaitant devenir boucher, il entre en apprentissage. A la fin de sa formation (sans l'obtention du diplôme), il occupe divers petits boulots dans l'attente du service national. Après sa libération, ne trouvant pas d'emploi dans la boucherie, il continue d'accepter divers postes, dont celui de manoeuvre. Se manifestent alors de fréquentes douleurs dans le dos (arthrose) qui l'empêchent de poursuivre dans cette voie. A 26 ans il se marie et sa vie professionnelle se stabilise un peu : il est concierge dans un immeuble pendant quatre années. La loge devenant trop petite pour sa famille (trois enfants sont nés), il prend alors la gérance d'un économat. Victime de ce qu'il appelle une escroquerie, il se retrouve au chômage. Mais il retrouve un emploi auprès d'un syndic de propriété pour l'entretien d'un immeuble. Il trouve ensuite un travail dans une entreprise de nettoyage, dans laquelle il reste trois ans avant d'en être licencié pour des raisons économiques.

En 1987, il s'inscrit donc au chômage et obtient, cinq ans plus tard, un CES. Il occupe ensuite, en CDD, un poste d'agent de sécurité. Mais ses problèmes de santé s'aggravent au point de lui rendre toute tâche physique impossible. Dans la même période, il divorce et se retrouve seul. En 1997, ne percevant plus les ASSEDIC, il demande le RMI. Il explique très directement son entrée dans le dispositif par ses problèmes de santé qui le limitent dans ses recherches d'emploi. Il ne va plus à l'ANPE car il estime que l'agence ne s'occupe que des jeunes, et ne peut rien pour lui qui n'a pas le moindre diplôme. Ses seuls contacts sont alors ceux qu'il a avec une assistante sociale, lorsqu'elle le convoque. Il vit aujourd'hui chez sa mère mais craint de se retrouver à la rue le jour où elle décèdera.

Il n'attend plus rien du RMI, et espère seulement être reconnu travailleur handicapé par la COTOREP.

Source : CREDOC-Conseil général et Préfecture de l'Hérault, 1998

La mesure de la perception de la santé se révèle donc finalement être un élément stratégique dans l'évaluation des politiques sociales lorsqu'elle est mise en relation avec une " trajectoire sanitaire ". Elle est alors le moyen d'appréhender une cause du recours à une aide sociale, et une des limites de l'impact que peut avoir un dispositif visant à favoriser l'insertion sociale et professionnelle de certains bénéficiaires. Plus au fond, cette problématique rejoint le rôle que joue la santé dans la construction des situations de précarité et de pauvreté que l'on abordera à la fin de ce chapitre.

1.3. L'accès aux soins

Le thème de la santé intervient en second lieu dans l'évaluation des politiques sociales pour mesurer leur effet en ce qui concerne l'accès aux soins. En ce qui concerne le RMI, en particulier, l'examen du texte de loi initial qui a été effectué en 1992, lui a apporté une modification substantielle en généralisant la couverture complémentaire santé pour tous les allocataires. Il s'agissait de prendre acte des travaux objectivant cette relation entre les situations de précarité, pour le moins, et un mauvais état de santé. Dans tous les travaux d'évaluation menés après cette date, cette dimension est donc introduite. Or cette problématique de l'accès aux soins concerne bien évidemment au premier chef cette proportion d'allocataires entrés dans le dispositif à cause d'un problème de santé, mais pas seulement. Un des enseignements qui se dégage d'ailleurs de l'ensemble de nos approches locales des dispositifs d'insertion liés au RMI, est en effet qu'ils améliorent la couverture santé des allocataires, que ceux-ci en aient effectivement besoin immédiatement ou non.

Les attentes des allocataires dans le domaine de la santé apparaissent assez claires et dépassent de loin le simple cercle de ceux qui sont malades, ou souffrent de handicap pour retrouver un emploi. Dans le Loir & Cher, la Haute-Vienne et l'Hérault, par exemple, c'est respectivement un tiers, une moitié, et les deux tiers des allocataires interrogés qui déclarent avoir nourri des attentes à l'égard du RMI dans ce domaine. Il s'agit le plus souvent d'obtenir la gratuité des soins par le biais de la carte-santé.

Au plan national, l'enquête " RMI 900 " montre que certes le revenu et l'emploi constituent clairement les motivations les plus essentielles ayant déterminé la demande du RMI, mais le souhait d'avoir une couverture santé complète est la seconde raison présente à l'esprit des nouveaux arrivants au RMI.

Tableau n°6
Les motifs de demande du RMI

" Les raisons suivantes ont-elles joué dans votre décision de demander le RMI en 1995 ? " (Plusieurs réponses possibles)	%
- L'argent de l'allocation	93
- Le remboursement des dépenses de santé	45
- La possibilité de suivre une formation, un stage	36
- La possibilité de demander un emploi réservé	32
- Autres raisons	7
" Quelle est la raison qui a été la plus déterminante pour vous ? " (Une seule réponse)	%
- L'argent de l'allocation	72
- Le remboursement des dépenses de santé	12
- La possibilité de suivre une formation, un stage	6
- La possibilité de demander un emploi réservé	7
- Autres raisons	4
Ensemble	100

Source : RMI 900, CREDOC - DIRMI, 1996

Mais même quand des attentes n'ont pas été explicitement formulées, la très grande majorité des allocataires interrogés dans ces trois départements déclarent que le RMI les a effectivement aidés : plus de la moitié des personnes ainsi interrogées en Haute-Vienne (et les trois quarts de ceux qui ont déclaré des attentes dans ce domaine) considèrent ainsi que la mesure les a bien aidées à se soigner, elles-mêmes ou bien quelqu'un de leur entourage immédiat. Dans le Loir & Cher, 22% de celles qui ont été interrogées estiment en revanche que le RMI ne les a pas aidées à prendre en charge les frais médicaux... mais la moitié d'entre elles sont déjà couvertes par une mutuelle. Dans ce même département, de plus, 91 % des allocataires ayant répondu à l'enquête se souviennent qu'on leur a proposé la carte santé au cours de leur passage au RMI. Pour ceux à qui on l'a

proposée, ils l'ont obtenue pour l'essentiel (70 %) moins de trois mois après leur entrée dans le dispositif.

Dans l'enquête réalisée auprès de 900 allocataires du RMI en France, même si le remboursement des frais médicaux n'est pas la principale motivation de la demande du RMI, une majorité des allocataires interrogés estime que le dispositif les a aidés dans le domaine de la santé : 27% pensent qu'il leur a apporté une aide (surtout pour se soigner ou au moins avoir la sécurité sociale), et 37% deux ou trois aides.

Tableau n°7
Les aides apportées par le RMI en matière de santé

	Oui	Non	Total
- Vous soigner	46	54	100
- Renouveler des lunettes, prothèses...	18	82	100
- Bénéficiaire de la sécurité sociale	45	55	100

Source : RMI 900, CREDOC - DIRMI, 1996

Rappel de la question : " Le fait d'être au RMI vous a-t-il aidé pour... "

Tableau n°8
Indicateur d'intensité de l'aide apportée par le RMI

(Cet indicateur est construit à partir de l'addition des " oui " à la question précédente)

	%
- Une aide	27
- Deux ou trois aides	36
- Aucune aide	37

Source : RMI 900, CREDOC - DIRMI, 1996

Dans cette enquête pourtant, la part des allocataires les plus jeunes (moins de 30 ans) est sensiblement plus importante (43%) que dans les enquêtes locales auxquelles on a déjà fait référence. Rappelons qu'il s'agit ici d'un échantillon de " nouveaux arrivants ", alors que dans les enquêtes citées plus haut, il s'agissait de l'ensemble des allocataires inscrits au moment de l'enquête. Or il est évident que ces publics les plus jeunes nourrissent souvent moins d'attente que les autres en matière de santé.

Une typologie produite en fin d'analyse, synthétise l'impact qu'a pu avoir le RMI dans le domaine de la santé. Elle présente trois classes déterminées par l'âge, la perception de l'état de santé, les attentes en matière de prise en charge sanitaire, et la satisfaction éprouvée à l'égard du RMI dans ce domaine.

- **Premier groupe** (56% de l'échantillon) est formé par les allocataires qui ont le moins exprimé des attentes dans le domaine de la santé. En effet, ces personnes sont souvent plus jeunes que la moyenne, et se déclarent plus souvent " en bonne santé ". Ils appartiennent également souvent à un milieu relativement " aisé ", ont un bon niveau d'étude et ont peu de contact avec les travailleurs sociaux.

- **Deuxième groupe** (39%) réunit les allocataires ayant cité l'accès à une couverture santé comme premier motif de demande du RMI, d'ailleurs, elles reconnaissent volontiers que le RMI leur a apporté une couverture santé complémentaire. Ces individus sont proches des services sociaux et des associations d'entraide.

- **Troisième groupe** (5%) rassemble les allocataires ayant déclaré avoir eu des attentes dans le domaine de la santé que le RMI n'a pas pu satisfaire. Les personnes appartenant à cette classe rencontrent pour la plupart des problèmes financiers assez graves qui rendent difficile l'achat de nourriture en fin de mois. Elles se déclarent aussi très souvent en mauvaise santé.

Dans l'ensemble, et même si des réserves doivent être faites quant à leur méthode, les résultats de ces différentes enquêtes convergent pour montrer de quelle manière le RMI produit des effets assez positifs dans le domaine sanitaire, en améliorant notamment la couverture santé, et donc l'accès aux soins, des allocataires. De plus, même si des attentes dans ce domaine sont souvent formulées par ceux qui se déclarent le plus souvent en mauvaise santé, cette amélioration de la couverture se produit sur un ensemble de public sensiblement plus large.

La mesure de la perception de la santé habituellement pratiquée dans nos enquêtes liées à une évaluation d'une politique sociale, pose donc de nombreuses questions et montre pour le moins quelques insuffisances, notamment du point de vue de la comparabilité des données par rapport à un échantillon national. Le matériau disponible, de plus, ne permet en général pas d'exploration détaillée permettant de mettre à jour les facteurs déterminants la perception de la santé, et jusqu'à ce

que cette problématique ne se soit posée par les enquêtes plus approfondies sur la perception de la santé, qui font l'objet du chapitre suivant, on peut être tenté de considérer les déclarations recueillies sur ce point comme le reflet plus ou moins déformé de l'état de santé réel des personnes interrogées.

En réalité, ces questions dépassent très largement la problématique de ces études ponctuelles, tandis que l'approche se trouve légitimée par tous les travaux qui, en effet, tendent à objectiver cette relation entre la précarité sociale, et un mauvais état de santé. Cette relation, pourtant, n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît : loin d'être une caractéristique des situations de précarité voire de pauvreté, la dégradation de la santé apparaît plus largement comme une des dimensions fondamentales des inégalités en France.

Sans être exhaustif en la matière, car les recherches proposées notamment par l'INSEE et l'INSERM sont en la matière innombrables, on peut retenir deux travaux particulièrement éclairant en la matière.

Le premier est cette étude proposée par M. A. Villeneuve et son équipe en 1990 explorant la pauvreté d'un point de vue multidimensionnel¹¹. Parmi les sept types d'indicateurs ou variables retenus pour son analyse, le premier facteur qui se dégage est celui que les statisticiens de l'INSEE ont appelé " santé-isolement ". Ce qui distingue le plus les ménages français, autrement dit, c'est tout d'abord le fait de vivre en famille et d'entretenir d'étroites relations avec son entourage et, en même temps, celui d'être en bonne santé mesurée à partir de la morbidité, du suivi médical, et de l'usure au travail.

Il faut immédiatement préciser, comme nous y invite le rapport d'A. Villeneuve, d'ailleurs, que cette variable ne coïncide pas exactement avec l'âge : *" il ne s'agit pas du tout de la tétralogie : vieux, pauvres, seuls et malades. Elle a pu être vraie il y a assez longtemps, mais elle ne l'est plus [...]. L'axe exprime la seule et fréquente association de l'isolement et du mauvais état de santé [...]. Association résultat surtout, mais non exclusivement, de la variable d'âge. Telle est la première, et somme toute simple, orientation de l'espace des inégalités "*¹².

¹¹ A. Villeneuve & alii : *La mesure des inégalités sous son aspect multidimensionnel*, Documents de travail de la direction des statistiques démographiques et sociales, INSEE, 1991.

¹² *Idem.*, p. 56.

Les variables prises en compte dans l'analyse :

- L'emploi ;
- Les ressources ;
- L'insertion culturelle ;
- Le patrimoine ;
- Le logement ;
- La sociabilité ;
- **La santé**, appréciée par :
 - La morbidité (les maladies déclarées compte tenu de leur gravité),
 - Le suivi médical,
 - L'usure au travail.

Cette contribution, tout à fait déterminante pour la compréhension des situations de précarité, voire de pauvreté, tend donc à minimiser l'importance du facteur monétaire, puisque la dimension économique (ressources et patrimoine) ne constitue que le second axe de discrimination des ménages français. A. Villeneuve reste toutefois prudent pour qualifier cette association entre un mauvais état de santé et une certaine précarité des conditions de vie puisqu'il ne parle que de "conjonction". Il rejoint en ce sens l'attitude de l'équipe du CREDES qui a établi plus précisément encore la relation qui existe entre la "précarité sociale", et une certaine "vulnérabilité médicale" ¹³.

La vulnérabilité médicale est une notion qui rend compte d'un état de santé susceptible d'entraîner une difficulté à obtenir ou garder un emploi. L'indicateur de vulnérabilité est construit à partir de trois type de variables : des informations traduisant l'existence d'un handicap (exonération du ticket modérateur, ou difficulté à se déplacer, par exemple) ; l'existence d'une maladie invalidante ; la perception globale de l'état de santé des personnes interrogées, par les médecins ayant chiffrés les données médicales de l'enquête. Ainsi définie, la vulnérabilité médicale est en effet une donnée qui apparaît significativement associée à la précarité sociale : une personne socialement précaire sur cinq est aussi médicalement vulnérable, tandis que la proportion de ceux qui sont fragiles sur le plan sanitaire ne dépasse guère les 8,5% de l'ensemble de l'échantillon interrogé.

¹³ T. Lecomte, An. Mizrahi & Ar. Mizrahi : *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux*, Paris, CREDES, n° 1129, juin 1996.

Si la vulnérabilité médicale apparaît donc significativement liée à la précarité sociale, l'enquête ne permet pas de conclure sur une quelconque relation de cause à effet entre les deux : *“ la nature de nos données ne nous a toutefois pas permis d'établir une relation de causalité entre les conditions de vie et l'état de santé pouvant entraîné (ou ayant entraîné) un processus de désinsertion, et il ne nous est pas possible de distinguer si l'une des composantes a une importance plus grande que l'autre, il faudrait pour cela créer des données longitudinales ”*.

Les situations de précarité apparaissent donc souvent associées à un mauvais état de santé, et il semble même, comme le montre par ailleurs M. Bungener & J. Pierret, que le chômage tende à produire des effets spécifiques, quoique difficiles à appréhender notamment parce qu'ils se trouvent souvent dans la catégorie des *“ symptômes mal définis, et des pathologies peu claires de type dépressives ”*¹⁴.

Cette problématique, loin de n'être finalement circonscrite qu'aux situations les plus défavorables, ouvre sur une vision globale de la société : ainsi la vulnérabilité est-elle avant tout fortement corrélée à l'isolement, ainsi qu'à certaines catégories socioprofessionnelles, comme les employés et les ouvriers non qualifiés, qu'ils soient ou non au chômage. Et ces données rejoignent finalement celles qui montrent, par exemple, que les conséquences des grandes pathologies de notre époque en France, touchent encore et avant tout les catégories populaires. G. Desplanques montre ainsi que la surmortalité ouvrière est dix fois plus élevée que chez les cadres pour ce qui est du cancer des voies aéro-digestives, quatre fois plus élevées pour ce qui est du cancer du poumon, et trois fois plus élevée pour ce qui est de l'infarctus¹⁵. De même, le taux de décès dû aux maladies cardio-vasculaires diminue de 2% entre 1981 et 1991 chez les hommes ouvriers, alors que la baisse est de 18% dans les catégories les plus élevées au cours de la même période.

La perception de la santé telle qu'on l'appréhende dans les enquêtes liées à l'évaluation d'une politique sociale rend donc bien compte, d'une manière certes approximative, pour le moins, d'une certaine réalité sanitaire, mais l'approche est par trop limitée pour qu'on en puisse tirer des enseignements sur ce qui la détermine.

¹⁴ M. Bungener et J. Pierret : *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé, analyse seconde des données INSEE “ Etude des conditions de vie 1986-1987 ”*, CNRS – MIRE, mars 1993.

¹⁵ G. Desplanques : “ Chômage, situation familiale et mortalité ”, voir aussi E. Jouglu : “ Sources d'information et indicateurs disponibles ”, in *Actes des journées d'études Santé, Précarité, Exclusion sociale : approches méthodologiques*, Observatoire de la précarité Languedoc-Roussillon, Montpellier 1994.

II. LA PERCEPTION DE LA SANTE DANS LE CADRE D'ENQUETES SPECIFIQUES

La réflexion sur la perception de la santé s'élargit considérablement en s'appuyant sur le résultats d'enquêtes réalisées spécifiquement sur ce thème. Ces dernières permettent en effet de croiser différentes dimensions qui contribuent manifestement à définir la perception de la santé : conditions de vie, représentations associées à la santé et au corps, mais aussi certaines pratiques sanitaires. La principale à cet égard est celle qui a été réalisée à deux reprises pour le Haut Comité de Santé Publique en 1992 et 1997. A défaut de pouvoir répondre à toutes les interrogations que l'on peut nourrir sur la question de la perception de la santé, elle permet certainement de clarifier la nature de ce qui fait l'objet de cette mesure.

II.1. *Les cadres sociaux de l'expérience de la santé*

Il en est dans le domaine médical comme dans bien d'autres, y compris les sciences humaines : le statut de la parole des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête est loin d'être éclairci. C'est-à-dire que l'on s'accorde généralement assez mal sur la valeur heuristique qu'il convient en effet de reconnaître aux jugements et opinions exprimés par un sujet soumis à " la question ". K. Mannheim, en son temps, a fait la critique de cette attitude scientifique qui consiste à supposer que les jugements du sens commun sont inévitablement entachés d'une erreur, pour le moins, voire d'un aveuglement volontaire¹⁶. En réalité, dans la pratique courante de nos " enquêtes d'opinion " - ce qui est devenu une manière de relativiser l'intérêt d'une démarche qui consiste à demander son avis au public -, c'est plus souvent sous la rubrique d'une vague " subjectivité individuelle " que l'on classe, et écarte du champ de la réflexion systématique, les informations qui ne seraient pas purement descriptives. Cette posture de méfiance n'est évidemment pas dénuée de tout fondement, mais l'hypothèse que l'on va s'attacher à défendre est qu'elle ne tient que tant qu'on n'a pas essayé de résoudre et de définir plus strictement le cadre épistémologique dans lequel on se place pour appréhender cette matière. Il ne s'agit donc pas d'affirmer ici un quelconque primat de la *vox populi* sur la raison scientifique, mais de proposer des éléments de clarification pour une meilleure

¹⁶ Karl Mannheim : *Idéologie et utopie*, Paris, M. Rivière & Cie, 1956.

appréciation des données recueillies directement auprès du public, en particulier dans le champ de la santé.

L'enquête sur la " Perception de la santé en France " réalisée pour le Haut Comité de Santé Publique, n'échappe certainement pas, dans un premier temps au moins, à ce type d'interrogation ¹⁷. On peut en effet légitimement se demander à quoi peut bien servir le fait de demander à un échantillon de Français, leur avis sur leur état de santé, dans la mesure où une série d'indicateurs, objectifs et fiables, rend déjà compte de la réalité sanitaire dans notre pays. Ces interrogations sont d'autant plus justifiées qu'un certain nombre de données produites à partir de ces jugements et opinions, peuvent éventuellement contredire ou, plus simplement, ne pas coïncider avec ce que l'on sait par ailleurs de l'état de santé de quelques catégories sociales. Cette objectivation d'un écart ne saurait toutefois nous conduire à ignorer les positions exprimées par les personnes interrogées, et doit plutôt nous amener à rechercher ce qui peut l'expliquer. Une proposition a d'ailleurs été faite en la matière, il y a maintenant près d'une quinzaine d'années, par C. Herzlich et M. Mauge, pour qui la maladie fait l'objet d'une interprétation sociale : "*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*" ¹⁸. Deux conséquences pratiques peuvent être tirées de cette proposition simple, pour contribuer à clarifier le statut de la parole des personnes interrogées dans le cadre de cette enquête sur la santé.

La première porte sur ce cadre épistémologique dont il a été question plus haut, en ce sens que l'enquête sur la perception de la santé en France recueille bien des " interprétations sociales ", et non pas les signes de " manifestations biologiques ". Le cadre de référence est donc celui de la collecte d'un *discours sur* la chose, et non pas de la chose elle-même. Ce qu'appréhende cette enquête est bien le résultat d'une expérience vécue de la santé, étant entendu que ce qui nous intéresse tient dans l'activité ¹⁹ de l'esprit sur le corps, indissociable de la connaissance que chacun fait par ailleurs de sa réalité quotidienne.

¹⁷ Enquête réalisée en 1992 et 1997 par le CREDOC pour le HCSP, auprès d'un échantillon national représentatif de 2 000 Français âgés de 15 ans et plus. On pourra lire une synthèse des résultats de la dernière vague de cette étude dans le rapport du HCSP publié en 1998 : Paris, La Documentation française, 1998. Pour les données complètes : *La perception de la santé en France*, P. Le Quéau & Christine Olm, Paris, CREDOC, Collection des rapports, n° 185, janvier 1998.

¹⁸ C. Herzlich et M. Mauge : *Le sens du mal*, Paris, éd. des Archives contemporaines, 1984.

¹⁹ En allemand, *Handeln* : activité, saisie.

On préfère ainsi parler d'expérience vécue, plutôt que d'interprétations sociales, comme le suggèrent pourtant C. Herzlich et M. Mauge, dans la mesure où cette notion englobe, dans la tradition de la sociologie compréhensive qui lui donne toute sa mesure, deux aspects complémentaires et solidaires, comme l'avert et le revers d'une médaille. Elle suppose que l'acteur social produise en effet une certaine interprétation de la réalité telle qu'elle se donne à vivre, ce par quoi il lui confère en même temps un sens. Mais elle contient un autre versant qui est celui de l'objectivation : c'est-à-dire que l'activité du sujet sur la réalité se manifeste nécessairement par des productions, au plein sens du terme, telles que des comportements, des discours, etc.

La seconde conséquence concerne précisément les conditions de l'expérience vécue, c'est ce que soulignent les auteurs cités en précisant le caractère "social" des interprétations dont ils parlent. Qu'il s'agisse de l'un ou l'autre des versants de l'expérience, elle se trouve déterminée par un cadre qui la dépasse, et qui la rend possible. L'interprétation que chacun fait de la réalité est ainsi fixée par un ensemble de schèmes incorporés, qu'il doit bien entendu à son apprentissage social global. Mais ce sont également l'ensemble de ses productions qui se trouvent pareillement conditionnées, ce qui les rend en principe compréhensibles par autrui.

Cette double contrainte sociale, qui détermine donc très étroitement l'expérience vécue, doit amener à revoir le jugement de subjectivité que l'observateur social prononce souvent un peu vite sur l'opinion exprimée par une personne interrogée dans une enquête. L'intérêt heuristique de celle-ci réside en effet davantage dans ce qu'elle nous révèle d'un "habitus", compris ici comme cet ensemble de schèmes intégrés qui règle, d'une certaine manière, notre rapport au monde. Cette notion se trouve abondamment développée par P. Bourdieu dans nombre de ses ouvrages, et il s'agit bien pour lui d'un cadre spécifique lié à une position sociale particulière dans la société globale. On lui préférera cependant la définition qu'en donne un autre sociologue, M. Maffesoli, qui lui restaure une dimension temporelle enracinée dans le corps social. L'habitus, selon lui, est fait des "*habitudes, situations codées, rituels, sagesses et cultures populaires, sens commun qui sont organisés en 'types' par l'expérience collective*"²⁰. C'est donc dans la mesure où elles obéissent à des principes qui leur confèrent une certaine régularité objectivable par les moyens d'une enquête, qu'une approche des perceptions de la santé, autrement dit, trouve tout d'abord son intérêt et sa légitimité.

²⁰ M. Maffesoli : *La connaissance ordinaire*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1985.

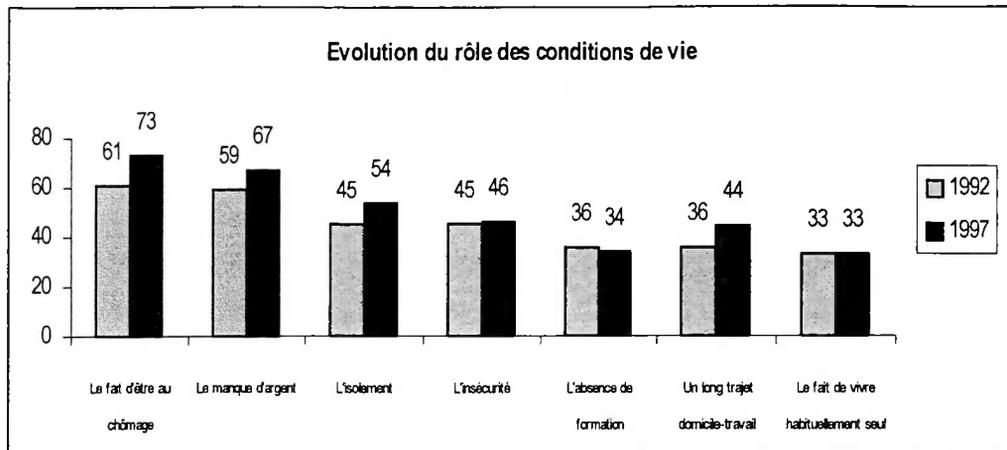
II.2. La “variabilité” de la perception de la santé

Chacun entretient une idée, ou une “norme”, de sa santé qui lui est propre, c’est entendu. Celle-ci se présente donc d’emblée comme relative, en ce sens qu’elle varie en fonction de l’expérience vécue (le parcours de vie), et en fonction de son état actuel. Mais une partie au moins des critères qui permettent cette évaluation personnelle, provient du milieu environnant. Les critères les plus déterminants de cette variabilité du jugement prononcé sur son propre état de santé sont donc pluriels (le sexe, l’âge, etc.). Mais la comparaison des enquêtes réalisées en 1992 et 1997 en fait apparaître un plus nettement que les autres, c’est celui des conditions de vie socio-économiques.

On peut pointer l’émergence de ce facteur une première fois, en évoquant ce qui, de l’avis des personnes interrogées, détermine le plus la bonne santé. L’idée principale qui se dégage en la matière est que la santé est encore perçue comme l’affaire d’une responsabilité individuelle. Lors de la dernière vague de cette enquête, en 1997, 70 % des personnes interrogées ont en effet été “tout à fait d’accord”, et 27 % “plutôt d’accord”, avec cette idée selon laquelle le maintien en bonne santé de la population dépend d’abord de chacun dans sa vie quotidienne (en surveillant son alimentation, diminuant sa consommation de tabac ou d’alcool, etc.). Cette opinion était déjà largement partagée en 1992, et l’adhésion à ce principe apparaissait même un peu plus forte dans la mesure où 77% des personnes interrogées se déclaraient “tout à fait d’accord” avec cette opinion, et 17% “plutôt d’accord”.

Or on ne peut manquer de rapprocher ce fléchissement relatif de l’adhésion au principe de responsabilité personnelle de la prise de conscience de l’impact d’une certaine dégradation des rapports sociaux sur la santé : un nombre croissant d’individus interrogés il y a deux ans, par rapport à la vague précédente, pense que les conditions de vie jouent également un rôle tout à fait déterminant dans la (re-)production de la santé. En 1992, par exemple, 61 % des personnes interrogées estimaient que le fait d’être au 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 du domicile par rapport au travail, thèmes pour lesquels on enregistre un net accroissement du nombre de ceux qui reconnaissent qu’ils ont une certaine influence sur la santé.

Graphique n°1



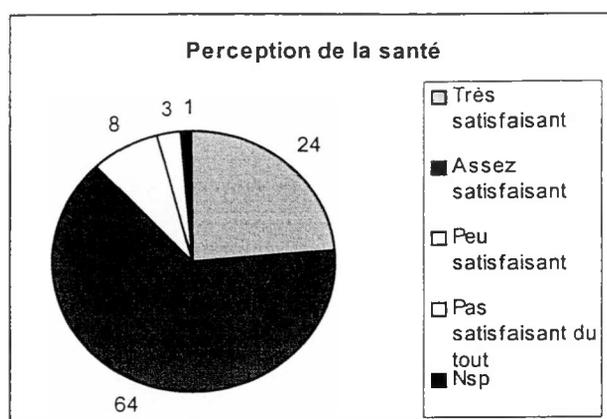
Source : CREDOC-HCSP, 1997

Rappel de la question : " Les problèmes suivants jouent-ils un rôle, d'après vous, sur l'état de santé ? "

Au total, ce sont 71 % des personnes interrogées qui ont donc pris conscience du rôle que jouent les conditions de vie les plus défavorables (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. Or il apparaît très clairement que c'est parmi les catégories dans lesquelles cette prise de conscience a le plus augmenté, que l'adhésion au principe de responsabilité personnelle a le plus diminué. La position exprimée par une majorité des cadres que nous avons interrogés est à cet égard très illustrative de ce mouvement.

Cette conscience partagée dans le public de l'impact qu'ont certains éléments de l'environnement socio-économique sur la santé, éclaire sous un jour particulier un autre constat que l'on peut faire à partir de l'analyse des réponses enregistrées à une question synthétique de perception. Globalement, le jugement que les Français portent sur leur état de santé apparaît plutôt positif, puisque plus des deux tiers de ceux que nous avons interrogés en 1997, s'en déclarent pour le moins satisfaits. Ces chiffres, de plus, n'ont guère évolué depuis la précédente enquête.

Graphique n°2



Source : CREDOC-HCSP, 1997

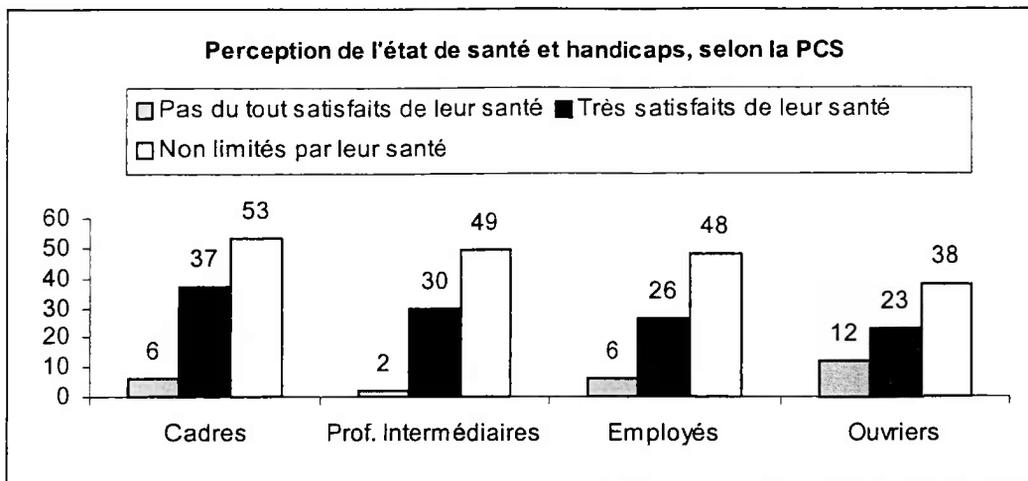
Rappel de la question : " par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est... ? "

Cette appréciation globale cache cependant des différences assez sensibles entre les différentes catégories d'individus. En outre, cette perception globale recoupe assez bien les difficultés que les personnes interrogées ont déclaré ressentir dans leur vie quotidienne, que ce soit dans leur déplacement (à l'intérieur ou à l'extérieur de leur logement), dans leur pratique alimentaire, voire leur pratique du sport. En ce sens, ce sont bien ceux qui disent le plus souvent ne pas pouvoir faire tout ce qu'ils veulent dans ces différents domaines, qui sont le moins satisfaits de leur état de santé. Les handicaps déclarés par les personnes interrogées n'ont toutefois pas été vérifiés sur un plan médical, on ne peut donc considérer qu'il s'agit là d'un " diagnostic " établi, mais plutôt une autre manière d'apprécier une " perception ".

En tout cas, qu'il s'agisse des difficultés ressenties ou bien de la perception globale, ce sont bien les personnes appartenant au milieu ouvrier qui semblent le moins favorisées : elles apparaissent à la fois comme celles qui sont les moins satisfaites de leur état de santé et qui semblent le plus souvent, en effet, être gênées pour accomplir certains gestes de la vie quotidienne²¹. L'écart que l'on peut ainsi mesurer par rapport aux catégories les plus élevées, est remarquable.

²¹ Ce constat est établi " à structure d'âge équivalente ".

Graphique n°3



Source : CREDOC-HCSP, 1997

Dans le même registre, on peut noter que l'effet du chômage sur la perception de la santé est patent : 6 % des actifs occupés, seulement, se déclarent insatisfaits de leur état de santé, alors que 17 % des demandeurs d'emploi expriment la même opinion. 28% des chômeurs interrogés, par ailleurs, déclarent souffrir d'une maladie chronique ou bien être empêchés dans leur vie quotidienne, alors que 17% de ceux qui occupent un emploi nous ont dit être dans la même situation.

Enfin, la proportion de ceux qui se sentent gênés pour effectuer certains gestes de la vie quotidienne a évolué de manière parfois sensible, et contradictoire, selon les catégories socioprofessionnelles entre les deux vagues enquêtes. Une amélioration parfois sensible est enregistrée dans les groupes où la perception de la santé est la plus optimiste, tandis qu'on note une certaine dégradation parmi ceux où elle est la moins bonne.

Tableau n°9
Évolution de la perception de la santé,
du point de vue de la gêne dans la vie quotidienne

Proportion des personnes <u>non</u> <u>limitées</u> dans leur <u>vie</u> <u>quotidienne</u>	1992	1993
Actifs occupés, dont :	45	47
Cadres	48	53
Ouvriers	49	38
Chômeurs	41	29
Inactifs (hors retraités)	38	38

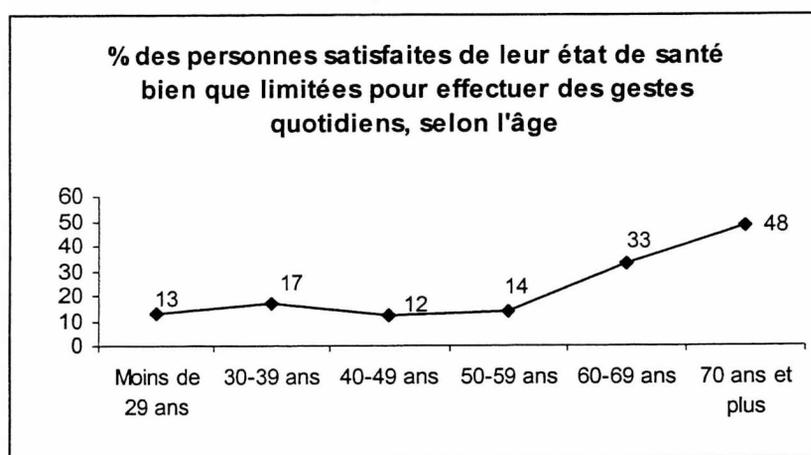
Source : CREDOC-HCSP, 1997

Ce tour d'horizon de la manière dont les différentes catégories de publics interrogés perçoivent leur santé rejoint donc, *mutatis mutandis*, l'état des lieux sanitaires qui pourrait se dégager de l'examen des grands indicateurs statistiques, notamment ceux qui démontrent l'inégalité des Français devant la maladie, et la mort. Les données de la perception de la santé se surajoutent donc au constat parfois pessimiste auquel le tableau des indices de morbidité ou de mortalité peut conduire, dans la mesure où elles montrent de quelle manière le public en fait l'expérience dans sa vie quotidienne. Cette adéquation des grandes données statistiques et le jugement du public ne laisse en outre pas d'étonner si l'on tient compte de la relativité des jugements enregistrés. Précédemment, on a en effet plusieurs fois mis en parallèle la perception globale de la santé et les déclarations portant sur les maladies ou les difficultés à réaliser certains actes quotidiens. Or, si ces deux types de données convergent effectivement pour caractériser les différents groupes sociaux, elles ne coïncident pas systématiquement entre elles. On constate ainsi que nombre de personnes ayant exprimé des difficultés dans leur vie courante, se disent malgré tout satisfaites de leur état de santé. La différence entre les deux variables tient précisément à cette norme en fonction de laquelle chacun évalue et apprécie sa santé, et qui détermine les attentes que chacun nourrit en la matière.

II.3. L'horizon des attentes

L'examen de la perception de la santé selon l'âge rend bien compte de cette relativité des appréciations portées. Il montre que la proportion de ceux qui se disent satisfaits de leur état de santé, bien qu'étant gênés pour effectuer certains gestes quotidiens, augmente avec l'âge. Il croît donc à mesure que la "prévalence" de ces handicaps augmente elle aussi, justement. La proportion des moins de trente ans nous ayant déclaré de telles difficultés est ainsi de 15 %, et elle augmente régulièrement jusqu'à atteindre 43%, chez les personnes âgées de 70 ans et plus.

Graphique n°4



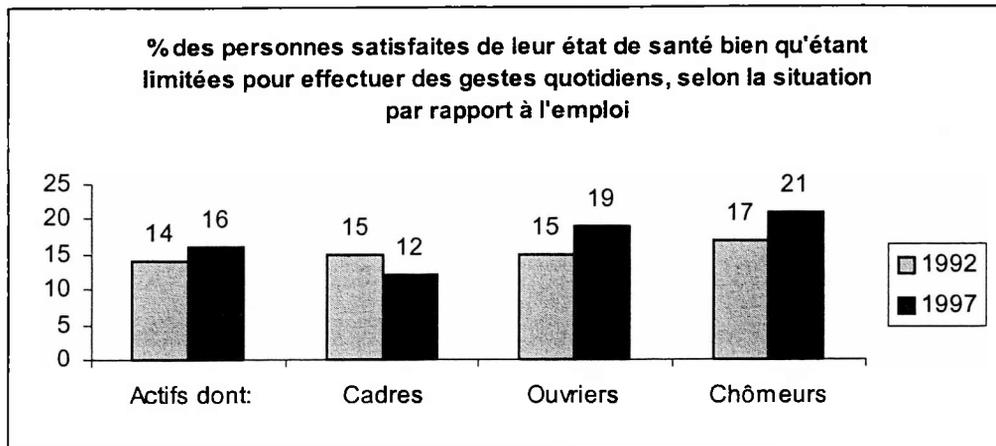
Source : CREDOC-HCSP, 1997

On ne saurait toutefois statuer définitivement sur ce paradoxe apparent sans approfondir la nature des pathologies dont semblent souffrir ces personnes, ou bien le degré de gravité de leur handicap. Mais, nonobstant cette réserve, on peut raisonnablement formuler l'hypothèse que certaines difficultés sont acceptées avec un certain fatalisme, l'âge venant, comme un "mal inévitable". On mesure donc ici l'effet d'une tolérance qui s'accroît à l'égard des difficultés ressenties dans la vie quotidienne, en même temps que se réduit progressivement l'horizon des attentes qu'on peut légitimement nourrir, à un âge donné, à l'endroit de sa santé.

Le même relativisme s'observe entre les catégories sociales, et tend même à s'accroître, si l'on compare les données de deux enquêtes réalisées en 1992 et 1997. Les ouvriers, et plus encore les demandeurs d'emploi, apparaissent moins exigeants en ce qui concerne leur santé en ce sens que

c'est dans ces catégories qu'on relève les plus fortes proportions d'individus se disant satisfaits de leur santé, quoique étant au moins gênés dans leur vie quotidienne ²².

Graphique n°5



Source : CREDOC-HCSP, 1997

Pour compléter cette approche de la norme, et comprendre à quoi tient cette moindre exigence relative, il faut la relier à une donnée plus qualitative, explicitant les conceptions de la santé sous-jacentes. Une question posée dans des termes identiques en 92 et 97 permettait en effet de mesurer l'adhésion des personnes interrogées à des propositions reprenant un "lieu commun" des représentations associées à la santé. Ces propositions étaient assez diverses et pouvaient se classer en deux registres. Les premières renvoyaient à des évocations plutôt positives (la santé c'est "prendre plaisir à la vie", "pouvoir faire ce que l'on veut", "vivre vieux"). Tandis que les secondes relevaient d'un univers plus "négatif" (la santé, c'est "ne pas être malade", "ne pas souffrir", "ne pas avoir besoin de consulter un médecin"). Or ces éléments de représentations se sont révélés être assez distinguant, en tout cas davantage en 1997 qu'en 1992.

D'une manière générale, il convient de souligner que les items évoquant une image "en creux" de la santé ("ne pas..."), ont connu une progression remarquable entre les deux vagues d'enquête. En 1992, 63 % des personnes interrogées associaient la santé à "ne pas être malade", elles sont aujourd'hui 82 %. En ce qui concerne la proposition "ne pas souffrir", l'accord des personnes interrogées est passé de 57 % à 74 % ; et la dernière, "ne pas avoir besoin de consulter un médecin", il a évolué de 40 % à 45 %. Les propositions évocatrices d'une image positive n'ont

²² Ce constat est établi "à structure d'âge équivalente"

quant à elles pas connu d'évolution remarquable. Pour 85 % des personnes interrogées, la santé, c'est " prendre plaisir à la vie " ; pour 83 %, " pouvoir faire ce que l'on veut " ; et pour 53 %, " vivre vieux ". Cette augmentation de l'adhésion aux propositions " négatives " s'observe parmi toutes les catégories de personnes, à l'exception des plus jeunes (moins de trente ans).

L'adhésion déclarée aux items négatifs est corrélée à un passé difficile, marqué par des accidents de santé ou des maladies, et des difficultés éprouvées pour effectuer certains gestes de la vie quotidienne. Elle dépend donc non seulement du passé médical de la personne interrogée, mais aussi de son âge. Mais elle est aussi étroitement liée au milieu social. En ce sens, les cadres et ceux qui appartiennent à un ménage aux revenus élevés favorisent nettement les thèmes positifs. A l'autre extrémité de l'échelle sociale, on privilégie en revanche les propositions qui évoquent en réalité bien davantage l'absence de maladie ou de souffrance, que le bien-être positif dont parle l'OMS ²³. Parmi les couches les plus aisées, en d'autres termes, la santé renvoie donc à un élément de confort, voire d'épanouissement personnel, tandis que ce qui caractérise la manière dont on la conçoit dans les milieux plus populaires, c'est bien plus le défaut de son contraire : la maladie, la souffrance.

C'est sans doute dans ces éléments de représentation qu'on peut trouver le principe du moindre niveau d'exigence qui spécifie la perception de la santé parmi les groupes les moins favorisés, d'un point de vue socio-économique, de la population. Mais au-delà, c'est un système d'expérimentation de la réalité beaucoup plus complexe qui émerge impliquant le rapport au travail, à la famille, etc.

II.4. Une problématique élargie

L'intérêt de l'étude des perceptions, à condition de compléter l'approche (une recherche systématique sur le rapport avec la pratique médicale, les comportements sanitaires, etc.) c'est de pouvoir mettre à jour ce cadre dont on voit bien qu'il peut déterminer la réception d'une politique ou mesure de prévention, d'incitation, en ce sens qu'il peut agir comme un facteur facilitant, ou bien à l'inverse comme un frein. A partir de ce constat, il apparaît que la mesure de la perception de la

²³ L'OMS définit la santé de la façon suivante : " la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien être physique, psychologique et social ".

santé est certainement une dimension indispensable d'un questionnaire associé à l'évaluation d'une politique, au sens large du terme, intervenant dans le domaine médico-social.

On a pu apprécier, en partie, au moins, l'efficacité de cette mesure dans le travail réalisé pour l'évaluation de la loi Evin. En résumé, l'étude comportait différents volets complémentaires et successifs : une étude des séries statistiques descriptives de l'évolution de la prévalence du tabagisme, une approche qualitative, et une enquête quantitative de validation auprès d'un échantillon national représentatif de 2 000 personnes ²⁴.

Tous ces éléments convergent pour souligner l'écart qui se creuse entre les catégories socioprofessionnelles. Le milieu social joue un rôle complètement décisif dans la manière dont est reçue et acceptée la loi Evin, mais détermine encore très largement les pratiques de consommation du tabac. D'une manière un peu schématique, il apparaît que ce sont les catégories les plus aisées qui se montrent les plus réceptives au changement de la norme sociale relative au tabac. Or, compte tenu du fait que ce sont encore les catégories les moins élevées dans l'échelle sociale qui souffrent le plus des effets nocifs du tabac, on ne peut manquer de relativiser les observations objectivant l'impact de la loi Evin.

L'étude des séries statistiques proposées par le CREDES, notamment, montre en effet que la prévalence du tabagisme tend à diminuer, quels que soient l'âge et le sexe, surtout dans les catégories sociales supérieures et intermédiaires. La proportion de fumeurs, chez les hommes-cadres par exemple, passe de 34% en 1988-91, à 32% en 1992-95, et de 25% à 22% chez les femmes de la même catégorie. A l'opposé, au cours de la même période, la part des fumeurs se stabilisaient entre 49% et 50% chez les ouvriers, tandis qu'elle augmentait de 23% à 25% chez les ouvrières. Les difficultés d'insertion sociale et professionnelle, par ailleurs, semblent davantage incliner à fumer : la prévalence du tabagisme évolue ainsi de 41% à 47% chez les jeunes hommes à la recherche d'un premier emploi, et de 32% à 43% chez les jeunes femmes dans la même situation.

L'enquête *ad hoc* que nous avons réalisée, montre par ailleurs que le cadre de vie conditionne très largement l'acceptabilité de la loi Evin. Le fait d'être locataire d'une HLM, par exemple, celui d'être ouvrier, ou bien encore celui d'être à la recherche d'un emploi sont ainsi des éléments qui

²⁴ *Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, étude des effets de la loi Evin sur la consommation d'alcool et de tabac, rapport final CREDOC-CREDES-SESI, septembre 1998.*

prédisposent manifestement à moins bien accepter les dispositions contenues dans la loi Evin, et à changer de comportement.

Ce constat ne va pas sans poser quelques questions de fond importantes. La première, et sans doute la plus critique quant à l'appréciation de l'effet de la loi Evin, doit nous ramener à quelques données de base descriptives de ce qu'il est convenu d'appeler la "surmortalité ouvrière". Ainsi, comme le montre G. Desplanques, de l'INED, la mortalité pour cause de cancer du poumon reste quatre fois supérieure chez les ouvriers, que chez les cadres. En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, la mortalité des ouvriers est trois fois supérieure à celle des cadres²⁵. Autrement dit, il apparaît que la loi Evin a moins touché que les autres, les publics les plus directement concernés par les pathologies associées au tabagisme.

Nul doute que les conditions de vie et de travail les plus défavorables ont une incidence directe sur la consommation de tabac, ne serait-ce que par le "stress" qu'elles peuvent occasionner. Mais ce dont il est aussi question ici porte plus globalement sur cet "habitus", c'est-à-dire cette structure incorporée qui prédétermine la production de représentations, d'attitudes et de comportements, notamment à l'égard de la santé. Ce constat rejoint donc celui qu'on a pu faire après l'examen de l'étude réalisée pour le Haut Comité de santé Publique, selon lequel on peut en effet mettre en relation un certain type de représentations de la santé avec un certain type de pratiques sanitaires. Les individus appartenant aux catégories les plus aisées, par exemple, nourrissent plus souvent que les autres un "souci de soi", comme en parle le philosophe M. Foucault, qui se traduit par une attention plus grande à la santé. Or on ne saurait manquer de mettre en rapport cette disposition, avec les chiffres montrant que les cadres sont de plus en plus nombreux, et sensiblement plus que les autres catégories sociales, à consulter le médecin à titre préventif²⁶. Il est clair que les facteurs qui déterminent l'évolution de tels éléments structurels, dépendent de bien plus qu'une loi, même lorsqu'elle recueille l'assentiment du plus grand nombre.

²⁵ Sur ce thème, voir : G. Desplanques : "Chômage, situation familiale et mortalité", et E. Jouglà : "Sources d'information et indicateurs disponibles – Indicateurs et mortalité", *Actes des journées d'étude Santé, Précarité, Exclusion sociale : approches méthodologiques*, Observatoire de la précarité Languedoc-Roussillon, Montpellier, 1994.

²⁶ P. Mormiche : "Deux décennies d'évolution des consommations médicales", *Enquête sur la santé et les soins médicaux, actes du colloque, INSEE résultats, Consommation-Modes de vie n° 67-68*, novembre 1994.

Deuxième partie

Quels indicateurs pour la mesure de la santé ?

De nombreuses études, et notamment parmi celles réalisées par le CRÉDOC veulent appréhender l'état de santé des individus à partir de leurs déclarations. De telles approches ont pour but soit de décrire l'état de santé des populations étudiées (c'est le cas notamment pour les études réalisées par le département Evaluation des Politiques sociales sur les populations en attente d'insertion ou en situation de pauvreté), soit d'utiliser l'état de santé comme variable explicative de l'étude. Dans les deux cas, l'état de santé mesuré est nécessairement subjectif. Quels que soient les indicateurs utilisés, ils seront soumis aux risques d'oubli ou d'omission, mais surtout l'état de santé déclaré sera déterminé par l'histoire sociale de l'individu et par ses représentations de la santé. Le but de cette partie est alors de recenser un certain nombre des indicateurs utilisés tant par le CREDOC que par l'INSEE ou encore le CREDES afin de déterminer quels sont ceux qui permettent d'obtenir les résultats les plus objectifs.

I. LES GRANDES CATEGORIES D'INDICATEURS

Interrogé sur un concept donné, tout individu ne pourra répondre qu'en fonction d'un système de valeurs et de représentations personnelles. Pour obtenir des résultats comparables, il s'agit donc de cerner au mieux le concept étudié, de le décomposer en séries d'indicateurs l'abordant sous différents aspects afin de laisser une place minimale au jeu de l'interprétation et des représentations individuelles.

Notamment, lorsque l'on veut mesurer l'état de santé des individus par leur déclaration et dans le but de comprendre leurs comportements ou leur appartenance à des populations particulières, il s'agit d'utiliser des indicateurs tels qu' :

- ils soient discriminants (ils permettent de différencier l'état de santé des individus),
- ils soient complémentaires (chacun d'eux permet d'aborder un aspect de la santé et leur utilisation conjointe donne une information maximale),
- ils soient bien définis (leur définition est assez précise pour que les individus comprennent tous la même notion sous les termes employés).

Nous avons regroupé les indicateurs que nous avons recensés en quatre grandes catégories : l'état de santé perçu (la personne interrogée est amenée à se positionner sur sa perception de son état de santé), la morbidité, le recours aux soins et les gênes ressenties dans la vie quotidienne. Après avoir présenté chacune de ces catégories, en dégagant notamment ce qu'elles permettent de mesurer et quelles sont leurs limites, nous verrons dans quelle mesure elles sont complémentaires.

I.1. Inventaires des catégories d'indicateurs

I.1.a. Les indicateurs de santé perçue

Présentation et distribution

Sous ce terme, nous regroupons tous les indicateurs qui demandent aux personnes interrogées d'évaluer leur propre état de santé (de le situer sur une échelle donnée), sans préciser la notion de santé.

Ces indicateurs permettent de positionner les individus en fonction de la perception qu'ils ont de leur propre état de santé, tel qu'eux-mêmes le définissent. Il ne sont donc pas "bien définis", car la notion qu'ils recouvrent est très large. Il sont très sensibles aux représentations que les personnes interrogées ont de la santé, mais aussi à leur dynamisme, leur optimisme, leur histoire de vie Finalement, la santé qu'ils mesurent est proche de celle, très subjective, dont la définition est donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé "la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, psychologique et social".

Leur utilisation, en complément de celle des autres indicateurs, est ainsi intéressante, notamment pour les informations qu'elle permet d'obtenir sur la façon dont les personnes interrogées construisent leur représentation par rapport à la santé et notamment sur leur seuil de tolérance, sur ce qu'elles considèrent être la norme en matière de santé.

Le tableau suivant montre la distribution d'un de ces indicateurs sur un échantillon représentatif de la population française.

Tableau n°10
La distribution de l'indicateur de santé perçue

Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est :	Effectifs	%
très satisfaisant	485	24,0
satisfaisant	1301	64,4
peu satisfaisant	168	8,3
pas satisfaisant du tout	61	3,0
ne sait pas	6	0,3
total	2021	100,0

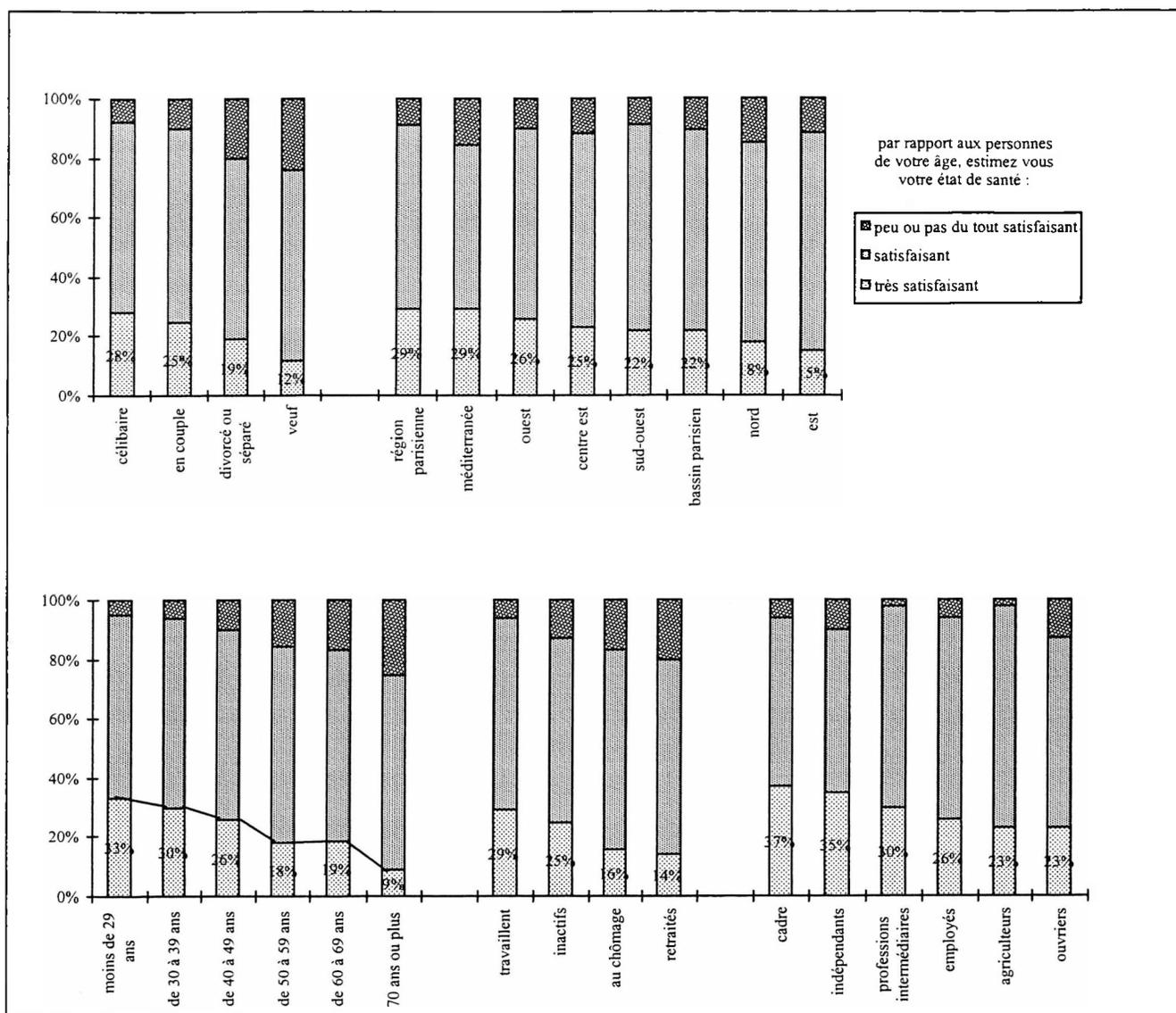
Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Cet indicateur est ainsi discriminant, dans la mesure où les personnes interrogées se distribuent entre les différentes modalités. Cependant, les deux tiers se positionnent sur l'item "satisfaisant", tandis que très peu de personnes jugent leur état de santé "pas satisfaisant du tout".

Les déterminants de l'indicateur de santé perçue

L'état de santé perçue dépend bien entendu de l'âge de la personne interrogée, de sa situation familiale, de sa situation par rapport à l'emploi et de sa catégorie socioprofessionnelle, du revenu et enfin de la région de résidence. Ces corrélations ont été mises en évidence par le CREDOC lors de l'étude sur la perception de la santé, mais aussi par le CREDES (enquête santé, soins et protection sociale). Le graphique suivant présente les corrélations observées par le CREDOC entre perception de la santé et âge, situation par rapport à l'emploi, PCS, situation matrimoniale et région de résidence.

Graphique n°6
Les déterminants de l'état de santé perçu
enquête sur la perception de la santé en France

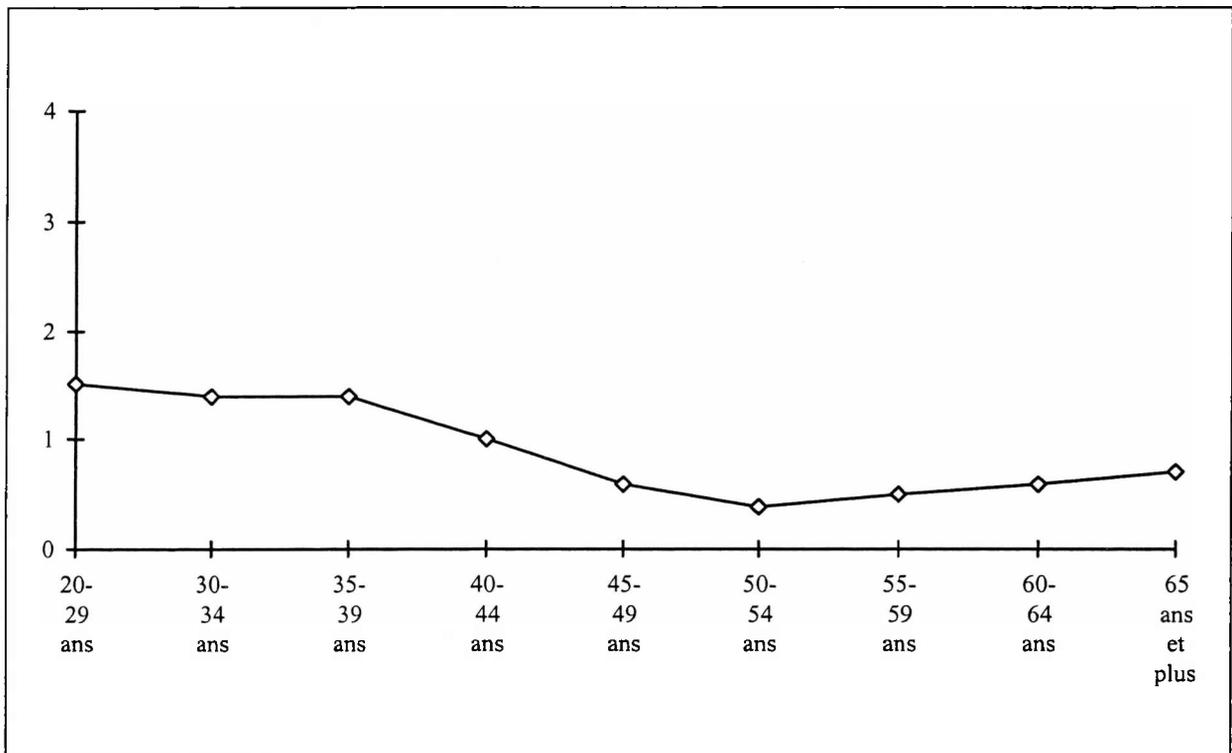


Source : HCSP/CRÉDOC, 1997

Lorsque l'on trace la courbe représentant la proportion de personnes très satisfaites de leur état de santé en fonction de l'âge, on peut ainsi remarquer que cette courbe présente une rupture pour les personnes âgées de plus de 55 ans. La perception de l'état de santé se dégrade régulièrement jusqu'à 50 ans. Puis le nombre de personnes très satisfaites de leur état de santé reste constant de 50 à 70 ans avant de chuter de nouveau.

La présence de "seuils" dans l'évolution de la perception de l'état de santé en fonction de l'âge est confirmée par d'autres études. Notamment celle réalisée sur les RMIstes des Bouches du Rhône par l'Observatoire Régional de la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur. La perception de l'état de santé tend même à s'améliorer après 50 ans. Ces résultats doivent cependant être considérés avec précaution, les effectifs aux tranches d'âges élevés étant faibles.

Graphique n°7
État de santé perçu dans l'enquête sur les RMIstes dans les Bouches du Rhône
en fonction de l'âge : note pondérée par tranche d'âge



Source : ORS PACA, 1991

L'étude des autres indicateurs de santé nous permettra d'expliquer l'existence de ces seuils.

Dans l'étude du CREDOC comme dans l'enquête CREDES, le sexe n'a qu'une très faible influence sur la perception de l'état de santé, les femmes ayant tendance à se percevoir dans une santé un peu moins bonne que les hommes.

Tableau n°11

La perception de la santé selon le sexe dans les enquêtes de perception de la santé en France (CRÉDOC) et de santé, soins et protection sociale (CREDES)

Enquête perception de la santé				
	Homme		Femme	
	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>	<i>Effectifs</i>	<i>%</i>
très satisfaisant	226	23	258	24
satisfaisant	646	67	662	63
assez satisfaisant	92	10	137	13
total	964	100	1057	100
Enquête santé, soins et protection sociale				
	Homme		Femme	
	<i>Effectifs</i>	<i>note</i>	<i>Effectifs</i>	<i>note</i>
note* de perception de la santé	3367	8,3	3640	8,1

Source : HCSP/CRÉDOC, 1997 - CREDES, 1996

* Le CREDES demande aux personnes interrogées de se situer sur une échelle de 1 (très mauvaise santé) à 10 (excellente santé) en fonction de leur état de santé. A partir de ces réponses, il calcule des notes pondérées par catégorie de répondants.

I.1.b. Les indicateurs de morbidité

Présentation et distribution

La morbidité est définie comme étant "l'ensemble des causes qui peuvent produire des maladies". Les indicateurs de morbidité sont donc ceux qui recensent les symptômes et les maladies dont souffrent ou disent souffrir les personnes interrogées. Là encore, ces indicateurs sont fondés sur le déclaratif et vont donc dépendre du vécu et des représentations de la personne interrogée par rapport à la maladie, du "concept même de maladie, du normal et du pathologique (...) ce qui est normal pour une population dans une culture donnée ne le sera pas forcément dans une autre, ce qui était normal il y a dix ans ne l'est peut-être plus aujourd'hui, ce qui est normal à soixante ans ne le sera pas toujours à vingt, un état clinique normal peut masquer une affection à un stade infra clinique,

etc.". ²⁷ La morbidité déclarée est alors "dépendante de la conception que l'individu a de sa santé, des facteurs socioculturels, psychologiques ... mais aussi des informations que le corps médical lui a transmises et de la manière dont il les a interprétées".

Catherine Sermet montre d'ailleurs que la morbidité réelle ne se limite pas à la morbidité déclarée. Elle distingue ainsi différentes composantes de la morbidité réelle.

- la morbidité déclarée, qui recouvre :
 - la morbidité ressentie, déclarée et ayant entraîné un recours aux soins,
 - la morbidité ressentie, déclarée et non médicalisée.

- la morbidité non déclarée qui recouvre :
 - la morbidité diagnostiquée et non déclarée,
 - la morbidité ressentie, non diagnostiquée et non déclarée (volontairement ou involontairement).

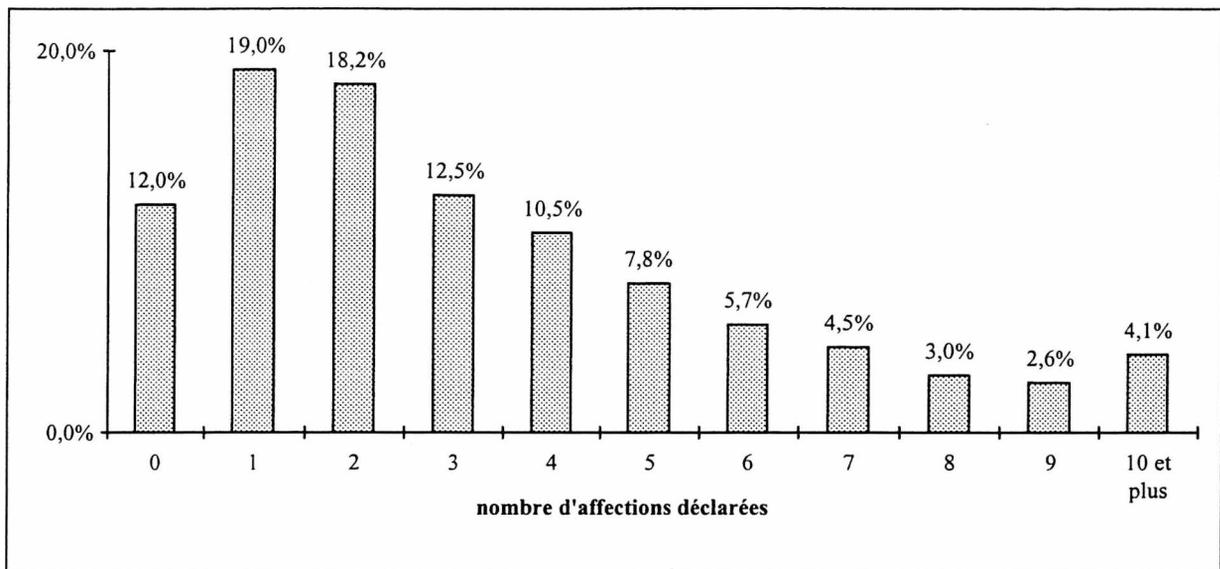
Ainsi, la morbidité déclarée par les personnes interrogées va dépendre à la fois de leur volonté de déclarer ou non la morbidité qu'elles connaissent, de leur ressenti par rapport à la maladie (les mêmes symptômes ressentis pouvant être définis ou non comme anormaux selon les personnes interrogées) et de leur capacité à l'identifier comme telle (la morbidité diagnostiquée pouvant elle-même faire l'objet d'oubli ou d'incompréhension du diagnostic).

Les indicateurs de morbidité déclarée sont donc soumis à une forte variabilité selon les caractéristiques des personnes interrogées. Ils appréhendent le concept de santé sous l'aspect absence de maladies et de symptômes. En cela, ils sont réducteurs par rapport aux indicateurs de perception de la santé, mais ils sont également plus objectifs puisqu'ils donnent une définition précise de la santé. De plus, ils mesurent des notions (maladies et symptômes), qui bien que soumises à des interprétations différentes, restent plus concrètes que le concept de santé.

²⁷ Catherine Sermet "Qui sont les malades et de quoi souffrent-ils ? Description de la morbidité déclarée et évolution 1980-1991", enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, actes du colloque du 20 juin 1994, INSEE, consommation et mode de vie n°67-68, novembre 1994.

Le graphique suivant montre la distribution de l'indicateur utilisé par le CREDES (chaque personne désigne dans une liste exhaustive d'affections celles dont elle souffre).

Graphique n°8
La distribution d'un indicateur de morbidité



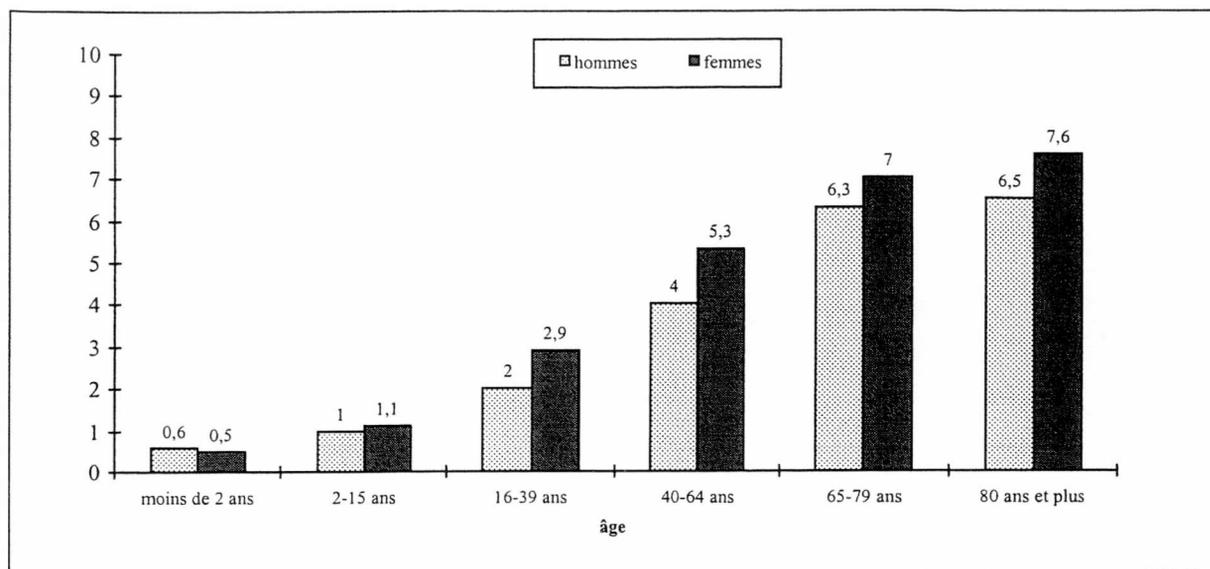
Source : enquête sur la santé, les soins et la protection sociale, CREDES, 1996

Le tiers des personnes interrogées déclare 1 ou 2 affections, une sur 8 n'en déclare aucune et près de la moitié dit en souffrir de 3 ou plus.

Les déterminants de la morbidité déclarée

La morbidité déclarée dépend de nombreux facteurs. Elle est d'abord fortement conditionnée par l'âge, mais aussi par le sexe (ce qui n'était pas le cas des indicateurs de perception de la santé). Elle dépend également de la catégorie socioprofessionnelle, du niveau de diplôme, de la situation par rapport à l'emploi, de la taille du ménage. Nous présenterons ici seulement la liaison entre la morbidité et l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de diplôme.

Graphique n°9
Nombre d'affections déclarées par personne, selon l'âge et le sexe



Source : CREDES, Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale, 1996

La liaison entre morbidité et catégorie socioprofessionnelle est faible selon l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux : ce sont les indépendants qui déclarent le moins de maladie (8% de moins que la moyenne) tandis que les ouvriers en déclarent 6% de plus. Cependant, l'enquête sur la santé, les soins et la protection sociale réalisée en 1996 par le CREDES qui étudie à la fois la morbidité par le nombre d'affections et la nature de ces affections montre l'existence de différences importantes selon la PCS : les agriculteurs et les indépendants ont ainsi la morbidité la plus faible, tandis que les ouvriers non qualifiés ont très nettement une morbidité supérieure à celle des autres catégories.

La morbidité dépend peu du niveau de diplôme mais décroît cependant régulièrement tandis que celui-ci s'élève.

Tableau n°12

catégorie socioprofessionnelle	nombre de maladies pour 100 personnes	indice à âge et sexe comparables
agriculteurs, exploitants	454	0,94
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	364	0,92
cadres et professions intellectuelles diverses	327	0,97
professions intermédiaires	345	1,03
employés	391	1,06
ouvriers	336	1,01
niveau de diplôme		
sans diplôme	473	1,02
inférieur au baccalauréat	404	1,01
baccalauréat	346	0,98
bac + 2	301	0,95
bac plus 3 ou plus	314	0,93

Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, INSEE/CREDES, 1992

Guide de lecture : l'indice à âge et sexe comparables donne la proportion de maladies déclarées par catégorie comparativement à la moyenne pour une même structure par âge et sexe. Ainsi, pour une même structure âge-sexe, les cadres déclarent 3% de maladies de moins que la moyenne des personnes interrogées.

L'enquête du CREDES montre également une morbidité plus importante chez les chômeurs que chez les actifs occupés, les premiers déclarant en particulier plus fréquemment des troubles mentaux et du sommeil, des troubles digestifs, des tumeurs et antécédents de tumeurs, des traumatismes et des affections du système nerveux.

Les deux enquêtes sont d'accord pour souligner la forte liaison entre morbidité et taille du ménage, le nombre de maladies déclarées étant d'autant plus faible que le ménage est grand : selon l'enquête décennale, à âge et sexe comparable, les ménages à un individu présentent 12% de maladies de plus que la moyenne, alors que dans les ménages comprenant 6 personnes ou plus, le nombre d'affections déclarées est inférieur de 26%. Par contre, aucune des deux études ne présente de données sur la relation entre morbidité et situation matrimoniale.

I.1.c. Les indicateurs de capacité

Présentation et distribution

Ces indicateurs mesurent les éventuels incapacités, gênes ou handicaps provenant d'une détérioration de l'état de santé. Comme les autres indicateurs, ils dépendent d'un seuil de tolérance de la personne interrogée par rapport au degré de gêne ressenti.

Les indicateurs de gêne ressentis font référence à des actes précis de la vie quotidienne (se déplacer dans et à l'extérieur de son logement, faire sa cuisine, son ménage, s'alimenter sans régime pour cause de santé, faire du sport ...). De même que les indicateurs de morbidité, ils fournissent donc des données relativement objectives sur l'état de santé. Ils restent cependant soumis aux interprétations et au degré d'exigence relativement à l'autonomie de chacun des répondants. Ils sont de plus très réducteurs puisqu'ils n'appréhendent la santé que par le biais des gênes que son absence entraîne. Or toute pathologie ne s'accompagne pas nécessairement d'une perte de fonctionnalité.

Tableau n°13
La distribution d'indicateurs de capacité

	Effectifs	%
Non limité dans les déplacements à l'intérieur du logement	1555	77
Non limité dans les déplacements à l'extérieur du logement	1482	73
Peut manger tout ce qu'il veut	1294	64
Non limité dans la pratique du sport	956	47

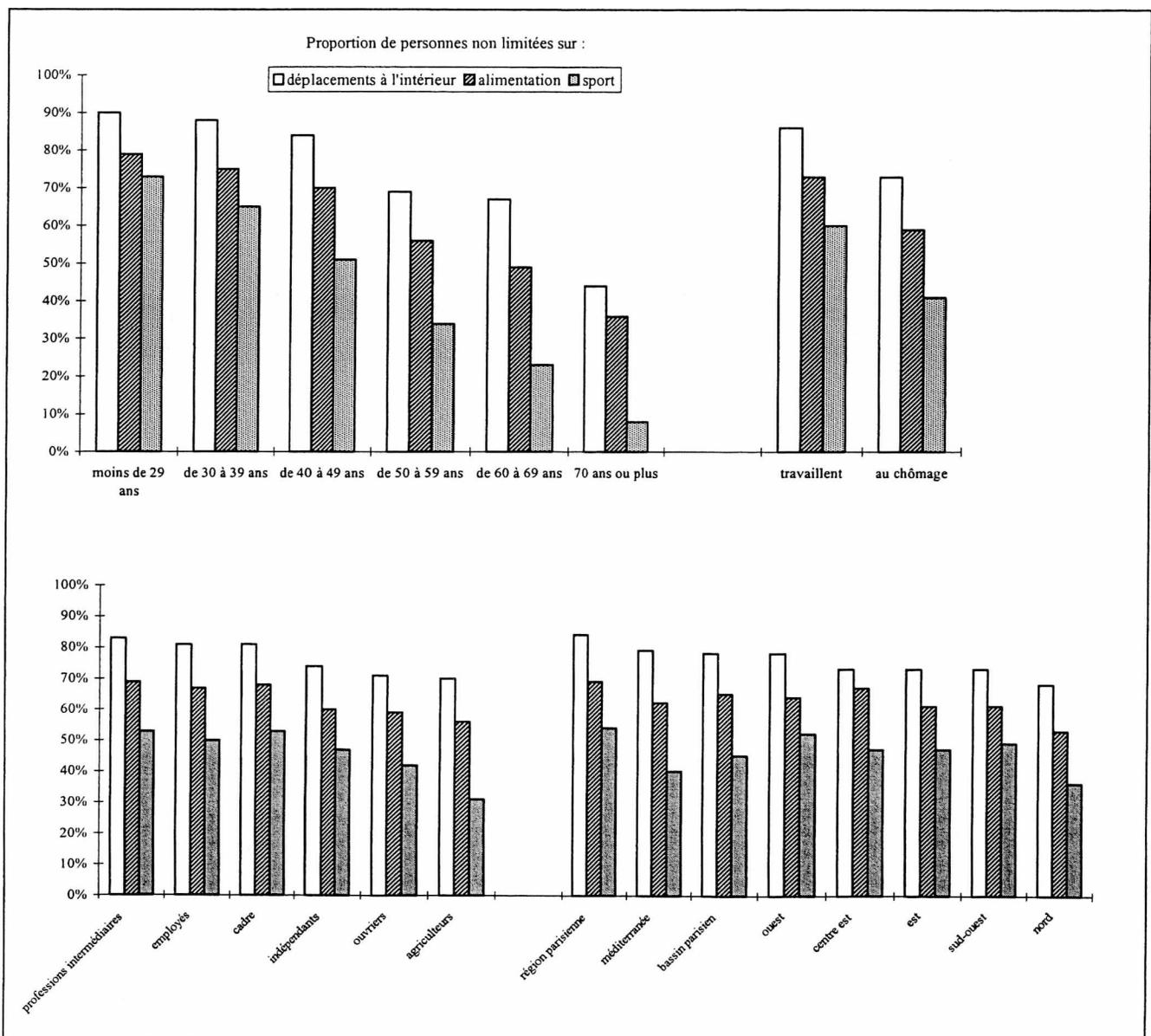
Source CRÉDOC/HCSP, 1997

Entre la moitié (pour le sport) et les trois quarts (pour les déplacements à l'intérieur du logement) des personnes interrogées sont gênées par leur état de santé.

Les déterminants des indicateurs de capacité

Comme les indicateurs de santé perçue et ceux de morbidité, les indicateurs de capacité dépendent de la catégorie socioprofessionnelle, de la situation par rapport à l'emploi, du niveau de diplôme et de la région de résidence. Ainsi, que ce soit pour les limitations dans les déplacements, dans l'alimentation comme dans le sport, les cadres sont plus autonomes que les autres PCS tandis que les ouvriers le sont moins, les actifs occupés déclarent moins de gêne par leur état de santé que les chômeurs tandis que les habitants du Nord-Pas-de-Calais sont les plus gênés par leur état de santé.

Graphique n°10
Les déterminants de l'absence de gêne dans la vie quotidienne due à l'état de santé



Source CRÉDOC/HCSF, 1997

Le sexe n'a qu'une très faible influence sur la présence ou non de gênes dans la vie quotidienne. Ainsi, les femmes ne se déclarent pas plus que les hommes gênées dans leurs déplacements. Par contre, elles sont un peu plus nombreuses à dire ne pas pouvoir pratiquer tous les sports ou ne pas pouvoir faire tout ce qu'elles veulent.

Tableau n°14
Les gênes dues à l'état de santé selon le sexe de la personne interrogée.

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%
non limité dans les déplacements à l'intérieur du logement	759	78	796	75
non limité dans les déplacements à l'extérieur du logement	724	75	758	72
peut manger tout ce qu'il veut	654	68	640	61
non limité dans la pratique du sport	501	52	455	43

Source CRÉDOC/HCSP, 1997

Les différences observées dans les réponses des personnes interrogées selon leurs caractéristiques varient en fonction des limitations considérées. Ainsi, si les femmes se disent plus gênées par leur état de santé que les hommes, c'est principalement dans l'alimentation et dans le sport que ces différences apparaissent. Ces différences sont révélatrices de la manière dont se construisent les réponses. Le baromètre santé du CFES28 montre ainsi que les hommes pratiquent plus de sport que les femmes tandis que ces dernières ont tendance à être plus nombreuses à avoir entamer un régime alimentaire. Les différences de réponses observées ici semblent donc être plus imputables à une rationalisation à posteriori des pratiques qu'à une réelle différence dans l'état de santé.

I.1.d. Les indicateurs de recours aux soins

Présentation et distribution

Ces indicateurs mesurent un comportement actif relativement à la conservation de la santé. Ils sont précis dans le sens où ils appréhendent des actions bien définies, qui ont eu lieu ou non. Ils appréhendent la morbidité (diagnostiquée ou seulement ressentie) ayant entraîné un recours aux

²⁸ Comité Français d'Education pour la Santé, "Baromètre santé adultes 95/96", édition CFES, 1997.

soins, mais aussi d'éventuels comportements de prévention. Le recours aux soins englobe finalement différents signes « d'absence de santé » ou d'attitudes par rapport à la santé :

- la morbidité diagnostiquée ayant entraîné un recours aux soins : il s'agit des consultations, des hospitalisations et des prises de médicaments prescrits par un médecin,
- la morbidité ressentie : il s'agit des consultations pour des symptômes ressentis et de l'automédication,
- la prévention : il s'agit des consultations par prévention et des prises de médicaments (vitamines par exemple) pour éviter les maladies.

La morbidité diagnostiquée est une notion bien définie. L'appréhender par le biais du recours aux soins permet d'éviter les oublis ou les erreurs d'interprétation du discours médical. Par contre, les deux autres catégories (morbidité ressentie et prévention) restent très liées aux attitudes et aux représentations liées à la santé.

Le tableau suivant montre la distribution de trois indicateurs de recours aux soins : les hospitalisations dans les trois derniers mois, le nombre de séances de médecins (spécialistes ou généralistes) en un mois, la consommation pharmaceutique en un mois.

Tableau n°15
Distribution d'indicateurs de recours aux soins

	séances de médecin en un mois (généralistes et/ou spécialistes)	hospitalisation en trois mois	consommation de médicaments en un mois
A consommé (au moins une fois)	31%	4%	38%
N'a pas eu de consommation	69%	96%	62%
Total	100%	100%	100%

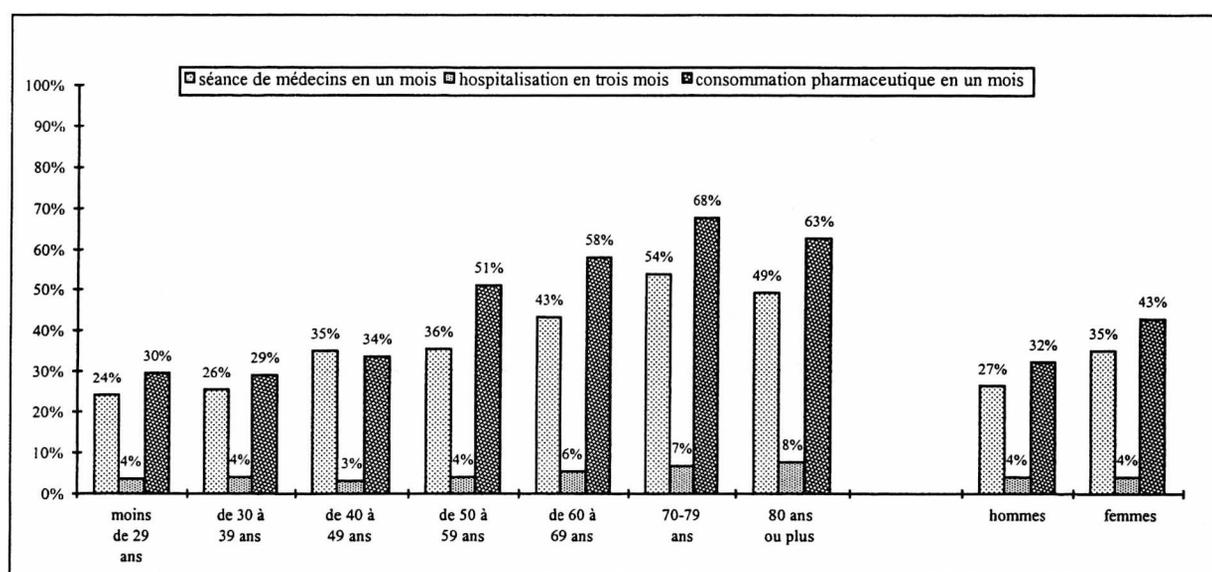
Source : CREDES, *Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale, 1996*

A part l'hospitalisation, qui se fait après prescription médicale, les deux autres indicateurs mesurent à la fois la morbidité diagnostiquée, la morbidité ressentie et la prévention.

Les déterminants des indicateurs de recours aux soins

Les indicateurs de recours aux soins dépendent de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle, de la taille du ménage, du niveau de diplôme. Il est alors intéressant d'observer le sens des liaisons comparativement à celui des autres indicateurs de la santé ressentie. Ainsi, les recours aux soins sont plus intensifs pour les personnes âgées, pour les femmes et pour les ménages les moins importants. Pour ces variables, les variations du recours aux soins et des autres indicateurs de santé sont parallèles : plus les autres indicateurs de santé montrent une santé dégradée et plus le recours aux soins est important.

Graphique n°11
Le taux de recours aux soins en fonction de l'âge et du sexe



Source : CREDES, Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale, 1996

Remarque : le taux de consommation de séances de médecins englobe à la fois les séances de généralistes et de spécialistes. Pour les femmes, le taux de séances de médecins reste plus important que celui des hommes aussi bien pour les recours au généraliste qu'à un spécialiste.

Par contre, le recours aux médicaments et au médecin est moins important pour les ouvriers que pour les cadres, la liaison étant inverse pour le taux d'hospitalisation. Ainsi, les cadres tendent à se percevoir en meilleure santé que les ouvriers, à être moins limités par leur état de santé et à avoir une morbidité plus faible, tout en ayant un recours aux soins plus important. Le taux d'hospitalisation étant plus faible, il est probable que la différence de comportement entre les cadres et les ouvriers provient principalement d'une attitude de prévention et d'une morbidité ressentie plus importante chez les premiers.

De même, bien que la liaison soit faible, le taux de recours aux soins tend à être plus important pour les actifs occupés que pour les chômeurs.

Tableau n°16
Indices de recours aux soins à âge et sexe comparables selon la catégorie socioprofessionnelle, et la situation par rapport à l'emploi

Catégorie socioprofessionnelle	séances de médecin en un mois	hospitalisation en trois mois	consommation de médicaments en un mois
Agriculteurs	0,82	0,94	0,79
Indépendants	0,80	0,77	0,84
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	1,17	0,86	1,26
Professions intermédiaires	1,18	0,81	1,27
Employés	1,16	1,37	1,14
Ouvriers qualifiés	0,79	1,03	0,76
Ouvriers non qualifiés	0,98	0,99	0,84
Situation par rapport à l'emploi			
Actifs occupés	1,02	1,01	1,02
Chômeurs	0,88	0,96	0,86

Source : CREDES, Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale, 1996

1.2. L'utilisation conjointe des différentes catégories d'indicateurs

Finalement, tous les indicateurs inventoriés sont soumis au déclaratif et donc sujet aux oublis, aux erreurs de déclaration mais aussi aux différences d'interprétation de chacun des individus. Cependant, parce que chacun apporte des informations différentes et complémentaires, leur utilisation conjointe permettra de mieux cerner l'état de santé des individus ainsi que leur représentation de la santé.

Après nous être intéressés aux liens existants entre les indicateurs, nous étudierons les informations données par l'examen conjoint des différentes corrélations mises précédemment en évidence. Cet examen est intéressant à double titre : d'abord parce qu'il montre la complémentarité des indicateurs, d'autre part parce qu'il constitue un exemple de leur utilisation conjointe.

I.2.a. Les liens existants entre les indicateurs

Ces différents indicateurs sont évidemment très liés entre eux. A partir de l'enquête sur la perception de la santé en France réalisée par le CRÉDOC, nous avons dégagé les principales corrélations. Ainsi, les personnes qui ne sont pas limitées par leur état de santé sont plus nombreuses que les autres à être très satisfaites de leur état de santé. Les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état de santé sont fréquemment des personnes ayant consulté un médecin, voire ayant été hospitalisées.

Tableau n°17
Croisement des indicateurs de santé

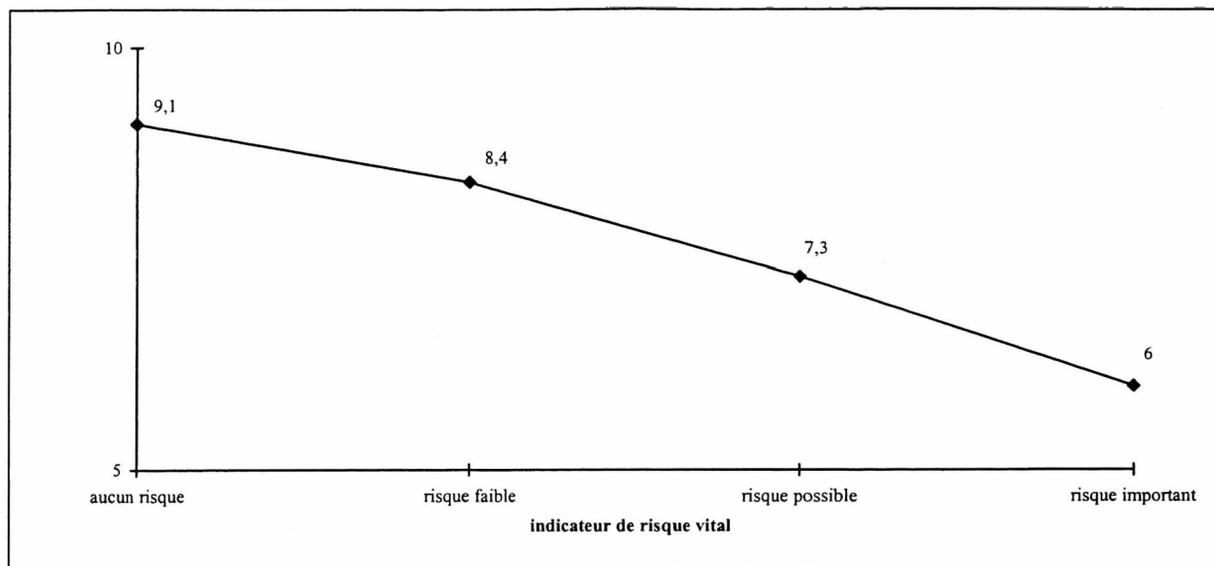
	satisfaction par rapport à l'état de santé perçu			gêne dans la vie quotidienne			consultation dans les trois derniers mois		
	très	assez	peu ou pas du tout	aucune	sport/alim.	Déplacements	aucune	médecin	hospital
Perception de l'état de santé									
Très satisfaite	100	0	0	39	22	8	34	21	11
Assez satisfaite	0	100	0	60	72	63	62	67	61
Peu ou pas du tout satisfaite	0	0	100	1	5	29	4	13	28
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Gêne dans la vie quotidienne									
Aucune	59	33	4	100	0	0	48	32	24
Gênée sur le sport et l'alimentation	30	36	15	0	100	0	32	33	29
Gênée dans ses déplacements	10	30	80	0	0	100	20	35	46
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Recours aux soins									
Pas de consultation dans les trois derniers mois	43	29	10	41	30	19	100	0	0
A consulté un spécialiste ou un généraliste	54	63	69	54	62	68	0	100	0
A été hospitalisé	4	8	21	6	8	12	0	0	100
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : CRÉDOC/HCSP, 1997

L'enquête sur la perception de la santé en France n'utilisait pas d'indicateurs de morbidité (mise à part une question sur la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap). Pour étudier la corrélation entre la morbidité et les autres indicateurs de santé, nous avons utilisé les données de l'enquête santé, soins et protection sociale du CRÉDES. Le CRÉDES a utilisé les données de

morbidité recueillies pour construire un indicateur synthétique de risque vital. Cet indicateur est effectivement corrélé à celui de santé perçue.

Graphique n°12
Note moyenne de santé perçue selon l'indicateur de risque vital



Source : CREDES, *Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale, 1996*

Les corrélations sont ainsi importantes, les différents indicateurs utilisés appréhendant différents aspects d'une même réalité. Cependant, il existe un certain nombre de personnes qui accordent un poids différent aux variables utilisées. Par exemple, 22% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête sur la perception de la santé en France sont à la fois très satisfaites ou satisfaites de leur état de santé tout en étant limitées sur leurs déplacements dans ou hors de leur logement. Ces indicateurs sont donc complémentaires, chacun apportant une information différente.

I.2.b. L'articulation des différents indicateurs de santé selon les caractéristiques des personnes interrogées.

La manière dont les caractéristiques des personnes interrogées influent sur les différents indicateurs et surtout les différences de ces influences est riche d'enseignement : d'une part elle montre la complémentarité des indicateurs, d'autre part elle apporte des informations sur la construction des perceptions de l'état de santé. Nous étudierons plus précisément le rôle de l'âge, du sexe et de la catégorie socioprofessionnelle.

Le rôle de l'âge

L'âge en tout premier lieu constitue une modalité déterminante de la perception de la santé. D'abord parce que la perception de l'état de santé se dégrade logiquement avec le vieillissement physique. Mais aussi parce que les exigences en matière de santé varient avec l'âge. Un travail de recherche précédemment réalisé par le CRÉDOC sur l'état de dépendance des personnes âgées²⁹ montrait ainsi que les personnes interrogées évaluaient leur état de dépendance physique par rapport à une norme (c'est-à-dire par rapport à l'état de dépendance qui leur semblait normal pour des personnes dans leur situation), cette norme dépendant notamment de l'âge. De la même façon, les personnes interrogées sur leur état de santé répondent en comparant leur propre état physique à celui qu'elles trouvent normal, état qui dépendra notamment de l'âge : les personnes les plus âgées sont moins exigeantes par rapport à la santé que les personnes plus jeunes.

Ainsi, nous avons vu précédemment que la courbe représentant la perception de l'état de santé selon l'âge présentait une rupture. Or cette rupture n'apparaît pas pour les indicateurs de morbidité et de gênes dans la vie quotidienne : la perception de son propre état de santé se dégrade moins avec l'âge que les autres indicateurs. L'exigence par rapport à son état de santé semble ainsi être moins élevée pour les personnes les plus âgées.

Ce résultat est confirmé par une étude en cours du CRÉDOC sur la dépendance des personnes âgées à Paris. Le CRÉDOC a ainsi interrogé 400 personnes âgées de 70 ans et plus présentant une certaine dépendance. Il apparaît alors que les personnes de plus de 85 ans ont une meilleure perception de leur état de santé que celles de 70-84 ans. A "même degré de dépendance", la perception de l'état de santé tend donc à se confirmer avec l'âge. Enfin, lors de l'étude sur la perception de la santé en France, nous vérifions également que parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap, celles qui restaient satisfaites de leur état de santé étaient les plus âgées.

Pour les recours aux soins, les résultats sont plus ambigus : la courbe d'hospitalisation est régulière, mais la consommation pharmaceutique ainsi que les consultations auprès du médecin

²⁹ Christine Olm, Marie-Odile Simon "dépendance perçue, dépendance mesurée, deux approches de la même réalité", CRÉDOC, cahier de recherche n°110, novembre 1997.

diminuent après 80 ans. En revanche, le taux de consultation de médecins généralistes à domicile continue à augmenter après 80 ans. Si globalement, le taux de recours aux médecins et aux médicaments diminue après 80 ans, cette évolution est imputable à la difficulté de se déplacer des personnes âgées.

Le rôle du sexe

L'état de santé perçu dépend peu du sexe. En revanche, la morbidité déclarée est plus importante pour les femmes que pour les hommes et ce quel que soit l'âge, mais surtout entre 16 et 64 ans. Les femmes se déclarent également plus fréquemment limitées que les hommes pour l'alimentation et la pratique du sport. Enfin, le taux de consultation de spécialistes ou généralistes ainsi que la consommation de médicaments est plus importante pour les femmes tandis que les taux d'hospitalisation sont comparables. Il faut cependant remarquer qu'aux âges les plus élevés, les taux de recours aux soins des hommes et des femmes sont comparables. C'est alors aux âges de maternité que l'écart est le plus important, ce qui peut s'expliquer par la spécificité des soins féminins plus que par des comportements et des représentations différents selon le sexe.

Finalement, les femmes se distinguent-elles des hommes par la façon dont elles construisent leurs perceptions de leur état de santé ? Elles ont certes tendance à avoir un recours aux soins plus important, mais ce recours s'explique par le développement des soins féminins. De même, comme nous l'avons vu, si elles déclarent plus fréquemment être gênées dans leur vie quotidienne par leur état de santé, cette différence provient plus d'une rationalisation a posteriori d'un état de fait que d'une différence de perception. Enfin, les différences de morbidité déclarée proviennent en partie de maux spécifiquement féminins (le CRÉDES, à partir de l'enquête santé, soins et protection sociale de 1996, note que 18% des femmes se plaignent de troubles veineux recouvrant notamment les varices et que 9% présentent des troubles des règles et de la ménopause). Cependant, toujours selon le CREDES, les femmes ont une morbidité plus importante que les hommes dans toutes les pathologies.

Les femmes tendent ainsi à avoir une exigence par rapport à leur état de santé un peu plus élevée que celle des hommes et notamment à déclarer plus fréquemment la morbidité.

Le rôle de la situation par rapport à l'emploi et de la catégorie socioprofessionnelle

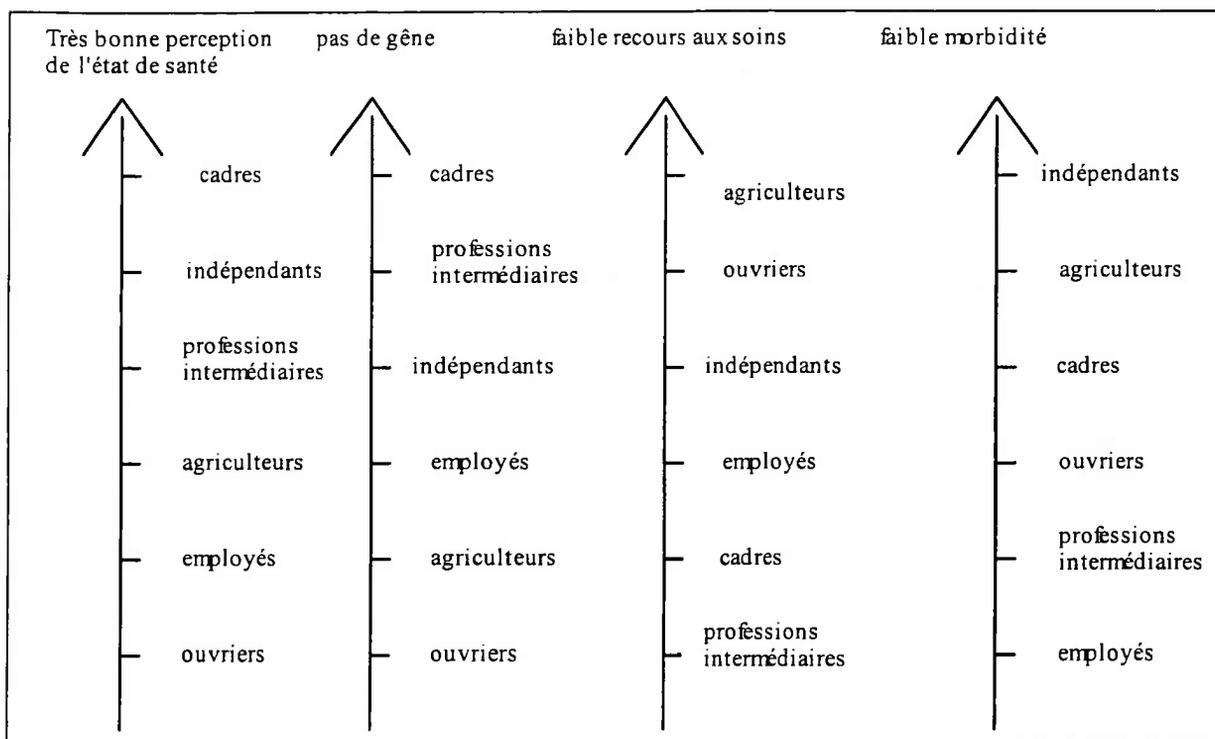
La situation par rapport à l'emploi distingue les chômeurs, les actifs occupés, les inactifs et les retraités. Les inactifs et les retraités présentent des caractéristiques déterminantes pour la perception de l'état de santé. Ainsi, les inactifs comprennent des jeunes étudiants qui se caractérisent par une très bonne santé liée à leur âge ainsi que principalement, des personnes ne travaillant pas pour des raisons de santé. Les retraités sont des personnes âgées. Ces deux catégories ne peuvent donc être comparées aux autres et nous nous limiterons à étudier les différences de représentation de l'état de santé des actifs, occupés ou chômeurs.

Les actifs occupés sont plus nombreux à juger leur état de santé très satisfaisant. Ils déclarent moins d'affections, ils sont moins gênés par leur état de santé mais par contre leur taux de recours aux soins est plus important, qu'ils s'agissent des consultations de médecins, des hospitalisations ou de la consommation mensuelle de médicaments. La différence la plus faible est mesurée pour les taux d'hospitalisation.

Parmi les actifs occupés, et en tenant compte des données corrigées par âge et sexe, les cadres et les indépendants sont les plus nombreux à se percevoir en très bonne santé, devant les professions intermédiaires, les employés, les agriculteurs et les ouvriers. En revanche, lorsqu'on s'intéresse à la morbidité corrigée par le sexe et l'âge, ce sont les agriculteurs et les indépendants qui ont la plus faible morbidité, devant les cadres et professions intellectuelles, les ouvriers et les professions intermédiaires et enfin les employés. Les professions intermédiaires, les employés et les cadres se déclarent moins souvent gênés dans leur vie quotidienne que les indépendants, les ouvriers et les agriculteurs. Enfin, le recours aux soins corrigé par âge est le plus important chez les cadres et les professions intermédiaires, devant les employés les indépendants, les ouvriers et les agriculteurs.

Le graphique suivant récapitule ces hiérarchies.

Graphique n°13
Une hiérarchie qualitative des catégories socioprofessionnelles
selon les différents indicateurs de santé



Source : CRÉDOC/HCSF, 1997 - CREDES, 1996

remarque : le recours aux soins est ici appréhendé par les consultations et la consommation pharmaceutique.

Les cadres ont ainsi une très bonne perception de leur état de santé mais un recours aux soins important pour une morbidité relativement faible. A l'inverse, les ouvriers ont une mauvaise perception de leur état de santé mais ont une morbidité moyenne et un très faible recours aux soins. Ces différences montrent les divergences dans la définition de la santé et la morbidité. Les cadres se savent en très bonne santé mais interprètent le moindre symptôme en terme de morbidité et n'hésitent pas à recourir aux soins. Les ouvriers eux, se sentent en mauvaise santé, mais n'interprètent pas les symptômes ressentis en terme de morbidité. Ils ont très peu recours aux systèmes de soins.

Les indicateurs de recours aux soins utilisés pour effectuer la hiérarchie précédente sont le recours au médecin et aux médicaments. L'attitude par rapport à l'hospitalisation est différente et est plus proche de l'état de santé des différents groupes. Dans le cadre de l'exploitation de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, Pierre Mormiche a notamment rapproché le nombre de

recours aux médecins avec les fréquences d'hospitalisation des divers milieux sociaux. Il observe que "le rapport entre les deux quantités est maximum pour les ménages de cadres supérieurs et décroît fortement jusqu'aux ménages ouvriers. Celui des indépendants se situe sensiblement au même niveau que celui des employés"³⁰. Il en conclut "les milieux favorisés consulteraient davantage, soit pour des motifs plus bénins que les autres milieux, dans lesquels on guérira seul, soit pour des morbidités lourdes mais à un stade d'évolution plus précoce, ce qui leur permettra de différer ou d'éviter une hospitalisation." Cette interprétation est confirmée par nos observations : les cadres traduisent plus rapidement leurs symptômes ou mal-être en terme de morbidité et n'hésitent pas alors à recourir aux systèmes de soins.

Une étude effectuée par G. Desplanques, Ar. Mizrahi et An. Mizrahi à partir des données de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux³¹ est ainsi révélatrice des interprétations différentes que les cadres et les ouvriers ont des mêmes symptômes. A partir d'un indicateur construit sur les déclarations de morbidité, les trois auteurs montrent que si morbidité et mortalité sont liées, les liens diffèrent selon les pathologies et les catégories socioprofessionnelles. Le cas de la grippe est ainsi particulièrement frappant : les cadres déclarent une morbidité élevée et ont une faible mortalité, alors que les ouvriers présentent une faible morbidité pour une mortalité beaucoup plus importante.

Enfin, les résultats de l'étude en cours du CRÉDOC sur les personnes âgées dépendantes à Paris viennent étayer ce constat. En effet, les anciens cadres ont une perception de leur état de santé moins bonne que les autres catégories, ce qui tend à montrer qu'à dépendance égale, et grossièrement, à état de santé équivalent, les cadres ont une moins bonne perception de leur état de santé et finalement, une exigence en matière de santé plus élevée que celle des autres catégories.

Cet inventaire n'a pris en compte que les indicateurs directement liés à l'état de santé. Or les conditions de vie jouent également un rôle inséparable de la perception de la santé. Bien que nous n'ayons pas présenté ici d'indicateurs de conditions de vie, une étude utilisant la santé doit également s'appuyer sur des informations concernant la qualité du travail, le temps entre le travail et le domicile et la qualité du logement.

³⁰ Pierre Mormiche "Inégalités de santé et inéquité du système de soins", enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, actes du colloque du 20 juin 1994, INSEE, consommation et mode de vie n°67-68, novembre 1994.

³¹ G. Desplanques, A. Mizrahi, A. Mizrahi "Mortalité et morbidité par catégories sociales", SESI, Solidarité santé n°4, octobre-décembre 1996.

II. QUELS INDICATEURS DANS LE CADRE DES ENQUÊTES SUR LES POPULATIONS EN DIFFICULTÉ ?

Le but de cette partie est de déterminer précisément quels sont les indicateurs à retenir dans le cadres des études notamment menées par le CRÉDOC sur les populations en difficulté. Ces études utilisent la santé comme variable explicative ou caractérisant l'échantillon. Une telle utilisation du concept de santé nécessite que celui-ci puisse être appréhendé le plus précisément possible et de la façon la plus objective sans que le nombre de questions posées pour y parvenir soit trop important (l'objet principal de l'étude n'étant pas la santé).

Nous avons vu précédemment la complémentarité des 4 grandes catégories d'indicateurs que nous avons retenues. Il semble donc nécessaire de choisir des questions dans chacune de ces catégories. Après avoir fait l'inventaire catégorie par catégorie des questions utilisées, nous tâcherons de déterminer quelles sont les mieux à même de répondre à nos objectifs, c'est-à-dire qui sont, complémentaires, bien définies, discriminantes et dont le coût (en termes de temps de passation), ne soit pas trop important. Pour l'étude de populations particulières, il est de plus souvent important de pouvoir comparer les données obtenues avec des données de cadrage. Nous essaierons donc de retenir des indicateurs pour lesquels les données de cadrage existent.

Nous terminerons en présentant deux indicateurs plus transversaux de l'état de santé : l'indicateur de santé perçue de Nottingham et le profil de santé de Duke.

II.1. Le choix des questions dans les quatre catégories d'indicateurs

II.1.a. Les indicateurs de perception de la santé

Les différents indicateurs utilisés se différencient par la référence ou non à l'âge et par la formulation de la question. Les principaux indicateurs sont les suivants :

- Notation de l'état de santé perçu par l'attribution d'une note comprise entre 0 (très mauvaise santé) et 10 (excellente santé). Cet indicateur est utilisé par le CREDES pour l'enquête Santé, soins et protection sociale, chaque personne interrogée de plus de 15 ans remplissant elle-même le questionnaire correspondant.

- La question posée par l'INSEE dans le cadre de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux est la suivante : "actuellement, compte tenu de votre âge, comment estimez-vous votre état de santé ? *"très bon, bon, moyen, médiocre, franchement mauvais"*.

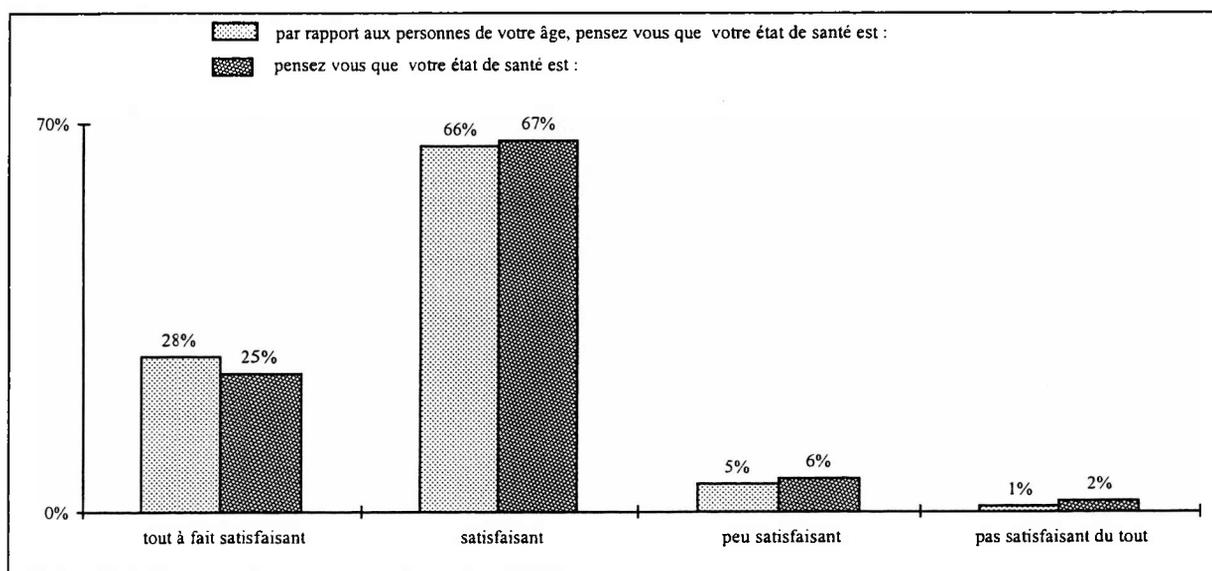
- La question utilisée par le CRÉDOC notamment dans l'enquête sur la perception de la santé en France, mais aussi dans le panel sur les aspirations et conditions de vie des français : "par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est" (très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, pas satisfaisant du tout).

- La question utilisée par le CRÉDOC notamment pour les études sur le Revenu Minimum d'Insertion : "quelle phrase définit le mieux votre état de santé en général ? " (vous êtes en bonne santé, cela peut vous arriver d'être malade comme tout le monde, vous êtes très souvent malade, fatigué, vous ne pouvez rien faire à cause de votre santé).

Compte tenu du rôle central de l'âge mis en évidence dans la partie précédente, on pourrait penser que la principale distinction entre ces questions provient de la référence explicite ou non à l'âge. En effet, la perception qu'un individu a de son état de santé dépendra fortement de la définition de la santé, de son exigence par rapport à son état physique, de son seuil de tolérance par rapport à la maladie ou aux maux de tous les jours et d'une façon plus générale de l'ensemble des représentations qu'il a construit autour du concept de santé.

Il est alors intéressant de constater que lorsqu'on demande aux personnes interrogées d'évaluer leur état de santé par rapport à celui des autres personnes de leur âge, leurs réponses sont proches de celles qu'elles donnent lorsque cette comparaison n'est pas explicitée dans le contenu de la question. Dans une enquête récente du CRÉDOC portant sur l'évaluation de la loi Evin³², la question de santé perçue était ainsi posée à deux échantillons différents d'une part en leur demandant de se positionner par rapport aux personnes de leur âge, d'autre part sans faire référence à l'âge. Pour 1000 personnes tirées aléatoirement, la question était ainsi formulée "par rapport aux personnes de votre âge, pensez vous que votre état de santé est très satisfaisant, satisfaisant, peut satisfaisant, pas satisfaisant du tout" et pour les 1000 autres "pensez vous que votre état de santé est très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, pas satisfaisant du tout". Les réponses obtenues ne différaient que de trois points, différence certes significative au seuil de 5%, mais qui demeure très faible.

Graphique n°14
Une comparaison des perceptions de la santé selon la prise en compte de l'âge dans la formulation de la question



Source : CRÉDOC/CGP, loi Evin 1998

Si peu de différences apparaissent entre les réponses des personnes amenées à se prononcer ou non en fonction de leur âge, il semble cependant préférable de faire explicitement référence à l'âge dans l'énoncé de la question. En effet, la plupart des personnes interrogées, vont, comme nous l'avons vu, comparer d'elle-même leur état de santé à celui des autres personnes de leur âge.

³² Pour cette enquête, ont été interrogées 2000 personnes, âgées de 15 à 65 ans sur représentant les fumeurs.

Demander clairement aux individus de se prononcer en fonction de leur âge assurera alors plus d'homogénéité dans les réponses.

L'autre choix, est celui bien connu du statisticien, du nombre de degrés proposés dans les items de réponse. Les solutions adoptées ont été très variables d'un organisme à l'autre : le CREDES a utilisé une échelle à 11 degrés, l'INSEE proposait 5 items et le CRÉDOC 4.

L'échelle du CREDES, à 11 degrés, est intéressante dans la mesure où elle permet aux personnes interrogées de se situer en dehors de tout jugement de valeur. Sa validité repose cependant sur la forme, visuelle, utilisée : les personnes interrogées sont invitées à se situer graphiquement sur une ligne continue graduée de 0 à 10. Elle ne peut donc être utilisée que dans le cadre de questionnaires auto-administrés (comme c'est le cas pour l'enquête Santé, Soins et Protection Sociale) ou lors de questionnaires en face à face.

Le choix entre 5 degrés et 4 degrés se ramène à celui de proposer ou non aux personnes interrogées une réponse "moyenne", qui correspond finalement à un faible engagement dans la réponse. Proposer cet item, c'est prendre le risque de voir des personnes le choisir par un refus de s'engager, sans réellement réfléchir à la question. Ne pas le proposer, c'est forcer certaines personnes ayant effectivement une position "moyenne" à se positionner du côté d'une santé plutôt bonne ou plutôt mauvaise.

Aucune des deux solutions n'est a priori meilleure que l'autre. Pour faciliter la comparaison avec les données récentes recueillies par le CRÉDOC, il semble cependant préférable de continuer à utiliser un indicateur en 4 positions. La question finalement retenue étant sous la forme "par rapport aux personnes de votre âge, estimez-vous que votre état de santé est très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, pas satisfaisant du tout".

II.1.b. Les indicateurs de morbidité

Le champ recouvert par ces indicateurs est à la fois celui des maladies chroniques et handicaps, et celui des maladies de plus courte durée. Certaines enquêtes, comme l'enquête sur les Soins et la Protection Sociale menée par le CREDES utilisent également des indicateurs d'état dépressif.

Les différents indicateurs de morbidité se distinguent par leur niveau de précision.

Les indicateurs les plus précis sont sans doute ceux utilisés par l'INSEE et le CREDES pour les enquêtes décennales sur la santé et les enquêtes soins et sécurité sociale. Ces deux organismes présentent effectivement à l'enquêté une liste de "maladies, troubles de santé, handicaps et infirmités cherchant à couvrir l'ensemble des pathologies"³³. Ces indicateurs recouvrent donc à la fois les maladies chroniques, les handicaps et les affections courantes. Le questionnaire permettant de repérer la morbidité est auto-administré, c'est-à-dire rempli par l'enquêté lui-même.

L'INSEE, pour l'enquête "étude des conditions de vie" utilise une liste de 28 maladies et de 30 symptômes. Les maladies proposées correspondent à des maladies chroniques. La liste n'est pas exhaustive. Elle propose des maladies appartenant aux chapitres de la Classification Internationale des Maladies correspondant à la plupart des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, diabète, maladies ostéo-articulaires, cholestérol, tumeurs malignes) . La surdit   par exemple n'est pas prise en compte. Les symptômes sont ceux ressentis par les personnes interrogées au cours des trois dernières semaines. La liste proposée couvre également un large champ (elle comprend par exemple les douleurs dans les articulations, les migraines et céphalées, les difficultés respiratoires, les problèmes de peau mais également des symptômes correspondant à un état dépressif ...). Là encore, il s'agissait d'un questionnaire auto-administré.

Le CREDOC, lors d'une étude sur l'état de santé des allocataires du RMI dans le territoire de Belfort utilisait une liste de 53 symptômes pour les hommes et de 72 symptômes pour les femmes. Le questionnaire était rempli par un médecin lors d'un bilan de santé effectué avec l'enquêté.

³³ Le recueil de la morbidité dans l'enquête Santé, soins et protection sociale, op. cité

Ces trois indicateurs, qui utilisent des listes de maladies et de symptômes détaillés et s'approchant de l'exhaustivité permettent de mesurer de façon précise la morbidité déclarée et diagnostiquée lorsqu'il s'agit de maladies, ressenties dans le cas de symptômes. Proposer de telles listes permet notamment de réduire les oublis. Cependant, cette méthode reste sujette aux erreurs d'interprétation des enquêtés dans les noms de maladies ou dans le diagnostic du médecin. Pour réduire ces erreurs, le CREDES et l'INSEE font appel à une équipe de médecins qui vérifient la cohérence des réponses des enquêtés, notamment en mettant en regard les maladies qu'ils déclarent avec les médicaments qu'ils disent avoir pris.

Finalement, ces indicateurs, lorsque leur cohérence est vérifiée par des médecins ou lorsque ce sont des médecins eux-mêmes qui les établissent comme dans l'enquête CREDOC, permettent de mesurer de façon fiable la morbidité déclarée. Leur exploitation est très riche. Leur utilisation conduit en effet à décrire l'état de santé de la population soit :

- en termes de nombre de maladies ou de symptômes ressentis,
 - en décrivant la nature de la morbidité dont souffrent les différentes catégories de population décrites,
 - en utilisant des indicateurs synthétiques croisant à la fois la nature et le nombre de maladies.
- Le CREDES utilise ainsi des indicateurs de "risque vital" et d'incapacités construits par l'équipe de médecins chiffreurs au vue de la morbidité déclarée.

Cependant, ces indicateurs, de par la taille des listes qu'ils utilisent et les précautions qu'ils nécessitent (notamment le chiffrage par des médecins) sont très coûteux à utiliser. Très pertinents dans le cadre d'enquêtes sur l'état de santé des populations, ils sont beaucoup trop lourds lorsque leur vocation est uniquement d'expliquer la situation de populations particulières. On peut alors leur préférer des indicateurs plus synthétiques, tels que ceux, présentés ci-dessous, utilisés par le CFES et par le CREDOC. Dans les deux cas, les maladies chroniques et les maladies ponctuelles sont distinguées.

Les indicateurs des maladies chroniques et des handicaps

Les maladies chroniques repérées vont se caractériser par :

- le fait qu'ils s'agissent d'affections atteignant les personnes interrogées sur une longue durée,
- leur appartenance à la morbidité diagnostiquée.

Ces deux caractéristiques vont alors avoir deux conséquences :

- l'intitulé de la question ne fait pas référence à un laps de temps mais est de la forme : êtes-vous actuellement suivi pour une maladie ou un problème de santé chronique (enquête CFES),
- les items sont constitués par une liste de maladies : s'agissant d'une morbidité diagnostiquée, on peut en effet supposer le nom des maladies connu par le patient.

Les maladies chroniques sont alors repérées ou par une liste courte de maladies (réduisant à la fois le champ de la morbidité mesurée et celui des maladies par chapitre) ou par le terme générique de maladies chroniques et handicaps (la question est alors de la forme "souffrez-vous d'une maladie chronique ou d'un handicap qui continuera à vous affecter par la suite ?").

Le premier de ces deux indicateurs suppose un choix des maladies proposées. Ce choix demande un certain nombre de précautions, notamment celle de proposer des nombres proches d'affections par chapitre pour éviter de sureprésenter certaines d'entre elles. A titre d'exemple, proposer 4 problèmes de santé correspondant à des rhumatismes et 2 à des troubles respiratoires peut conduire à surestimer la proportion de maladies articulaires par rapport à celle de maladies respiratoires.

Cet indicateur est sujet aux erreurs d'interprétations des enquêtés, notamment en ce qui concerne le noms des maladies. Enfin, il doit toujours être accompagné d'un item "autres", le choix d'une liste courte de maladies risquant de réduire artificiellement le champ de la morbidité mesurée.

Finalement, il permet de savoir si la personne interrogée souffre ou non d'une maladie chronique mais il ne peut décrire la nature des maladies dont sont affectées les populations ou le nombre de celles-ci. En effet, le choix d'une liste courte de maladies proposées implique que le champ de la morbidité n'est pas entièrement couvert, et ce malgré la présence de l'item "autres" qui est sujet à des oublis. De plus, la nature des maladies dont se disent affectées les personnes est imprécise, ces dernières étant sujettes, nous l'avons vu, aux erreurs d'interprétation.

Le fait de proposer une liste de maladies, même courte, aboutit à préciser le sens affecté à la notion de maladies chroniques tout en réduisant le champ de la morbidité couverte. Interroger les enquêtés sur le fait de souffrir ou non d'une maladie chronique sans donner de liste permet, par l'imprécision même de la question, de couvrir l'ensemble de la morbidité ressentie et déclarée. Par contre, cette formulation laisse la place à une grande ambiguïté. En effet, la définition du champ de la morbidité dépend de l'appréciation de l'enquêté. Ce dernier pourra alors ou non y inclure des problèmes qui ne sont pas toujours compris sous le terme "maladies chroniques", tels que la surdité, certaines allergies ou des problèmes de vue.

Comparer les chiffres fournis par ces deux indicateurs est alors intéressant. L'enquête CFES et celle du CREDOC sur la perception de la santé en France respectivement propose et ne propose pas de liste de maladies. Ces deux enquêtes ont été menées à des dates voisines (1995-96 pour l'enquête CFES et 1997 pour l'enquête CREDOC) et à destination d'un échantillon représentatif de la population française. Les chiffres fournis par les deux indicateurs sont donc tout à fait comparables. Or il apparaît que la morbidité mesurée par l'enquête CREDOC est significativement plus faible que celle mesurée par le CFES.

Tableau n°18
Comparaison de l'indicateur de morbidité du CREDOC avec celui du CFES

	CREDOC (sans liste de maladie)		CFES (avec liste de maladies)	
	59 ans ou moins	60-75 ans	59 ans ou moins	60-75 ans
Souffre d'une maladie chronique	19%	36%	25%	67%
Ne souffre pas de maladie chronique	81%	64%	75%	33%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : CREDOC, 1997 - CFES, 1996

Les personnes interrogées ont donc tendance à sous-estimer les maladies chroniques dont elles souffrent lorsqu'aucune liste ne leur est proposée. Il est vraisemblable que d'une part les personnes interrogées font entrer moins de maladies sous le terme "maladies chroniques" que celles qui sont citées dans l'enquête CFES et d'autre part l'oubli est plus important dans l'enquête CREDOC, lorsqu'aucune maladie n'est proposée.

Finalement, il semble préférable de proposer une liste restreinte de maladies. Une telle liste permet en effet de mieux cerner la morbidité mesurée ce qui permet une plus grande comparabilité des réponses et diminue les risques d'oubli. Cette liste doit cependant s'accompagner d'un item "autres" dont les réponses peuvent éventuellement ne pas être prises en compte lorsqu'elles ne correspondent pas à la définition des maladies chroniques retenue.

On peut par exemple, retenir l'indicateur utilisé par le CFES :

Êtes-vous actuellement suivi pour une maladie ou un problème de santé chronique :

- maladie cardiaque
- cancer
- maladie respiratoire
- diabète
- problèmes articulaires, rhumatismes
- cholestérol
- hypertension
- autre, précisez

Les indicateurs de maladies ponctuelles

En dehors des maladies chroniques et des handicaps qui correspondent souvent à des pathologies lourdes, des maladies plus ponctuelles peuvent participer au sentiment de morbidité. Ces maladies sont souvent repérées par leurs symptômes plus que par leur nom. En effet, lorsque la personne nomme la maladie, c'est souvent parce que cette dernière a été diagnostiquée. Alors que dans le cas des maladies chroniques, la morbidité diagnostiquée couvre pratiquement l'ensemble de la morbidité ressentie, dans le cas des maladies plus ponctuelles, il est probable que la morbidité ressentie et non diagnostiquée soit très importante. Or proposer des maladies risque de restreindre la morbidité mesurée à la morbidité diagnostiquée. Enfin, s'agissant de symptômes ressentis ponctuellement, l'intitulé de la question doit comprendre une référence temporelle (un mois en général, les différentes études montrant que cette période est effectivement discriminante, c'est-à-dire suffisamment longue pour qu'un certain nombre de personnes répondent positivement, et suffisamment courte pour qu'elles ne soient pas trop nombreuses et pour que les maux ressentis pendant cette période participent au sentiment de morbidité ressenti à la date de l'enquête).

Là encore, si l'INSEE et le CREDES proposent des listes exhaustives de maladies et de symptômes, dans le cadre d'enquêtes utilisant la santé comme variable explicative, il faut fréquemment se contenter d'une liste réduite. Quels que soient les symptômes choisis, la morbidité mesurée ici est bien du domaine du ressenti et en ce sens, est très sujette aux différences d'interprétation et de tolérance par rapport à la santé. Le choix des symptômes proposés est alors délicat. En effet, ils doivent couvrir un domaine assez large pour tenir compte de l'ensemble des petites maladies et petits maux que l'on souhaite mesurer. Dans des questionnaires dont la durée est limitée qui ne font pas de la santé leur sujet d'étude, ils doivent également être assez concis. Le prix de cette concision est alors souvent un certain flou dans les symptômes proposés, chacun d'eux renvoyant à des maux qui peuvent être de gravité très variable, tels que les maux de têtes, les insomnies ou encore les états dépressifs.

Dans ses différentes études, le CREDOC a utilisé un indicateur de la forme suivante :

Avez-vous souffert, au cours des quatre dernières semaines, des affections suivantes :

- Troubles digestifs
- Mal de dos
- Nervosité, état dépressif
- Insomnies
- Allergie
- Mal de tête ou migraine

Cette liste couvre une grande partie de ce que nous avons désigné sous le terme de morbidité ponctuelle. Cependant, les items restent très vagues, notamment celui "nervosité, état dépressif". L'indicateur que nous allons proposer s'en inspire, ainsi que de celui utilisé par le CFES. Il est de la forme

Avez-vous, au cours du dernier mois, souffert de (beaucoup, un peu, pas du tout) :

- - mal de dos
- - mal de ventre ou troubles digestifs
- - mal de tête ou migraine
- - problèmes de sommeil
- - allergies

Depuis un mois avez-vous (pas du tout, pas plus que d'habitude, plus que d'habitude) :

- - des difficultés à vous concentrer
- - des difficultés à prendre plaisir à vos activités quotidiennes
- - des difficultés à faire face à vos problèmes

La première partie de cette question reprend les symptômes courants des petites pathologies. La deuxième partie est inspirée du "Global Health" de Goldberg. Elle permet d'avoir des indications sur l'état dépressif des personnes interrogées.

Cet indicateur doit cependant être utilisé avec précaution : il est très subjectif et propose des symptômes peu précis, laissant une très large part à l'interprétation de chacun.

II.1.c. Les indicateurs de capacité

Ces indicateurs cherchent à repérer les difficultés dans la vie quotidienne ou dans le travail dues à l'état de santé. Ils se différencient principalement par le type des difficultés prises en compte.

Les indicateurs les plus détaillés sont ceux destinés aux personnes âgées. En effet, la dépendance est une composante importante de la dégradation de la santé des personnes de plus de 60 ans. Les individus plus jeunes ne présentent par contre que peu de difficultés dans la vie quotidienne liées à l'état de santé et leur éventuelle dépendance peut être mesurée par les quelques questions choisies pour être suffisamment discriminantes.

Parmi les études réalisées sur les personnes âgées, on peut citer notamment celles du CRÉDOC sur le sentiment de solitude des personnes âgées et sur la prestation dépendance.

Ces études appréhendent la dépendance à la fois par la capacité à faire et par l'aide reçue. L'éventuelle dépendance est mesurée par l'aptitude à accomplir les actes de la vie quotidienne à l'intérieur du logement (déplacements, ménage, cuisine, toilette, gestion et administratif) et à l'extérieur du logement (déplacements, courses).

Les indicateurs utilisés sont alors de la forme :

Vous arrive-t-il d'éprouver (oui/non) :

- des difficultés à monter ou descendre les escaliers
- la crainte de vous perdre en dehors de vos domiciles
- la crainte d'avoir un malaise

Êtes-vous aidé par quelqu'un pour :

- faire votre ménage
- faire les commissions
- faire les repas
- faire votre toilette

Auriez-vous besoin d'aide supplémentaire pour :

- faire votre ménage
- faire vos commissions
- faire vos repas
- faire votre toilette

L'approche par l'aide reçue et souhaitée permet de préciser la dépendance de la personne interrogée. Le précédent cahier de recherche comparant la dépendance perçue avec la dépendance mesurée montrait en effet qu'une personne qui recevait de l'aide pour accomplir certaines tâches comme la cuisine ou le ménage ne percevait pas nécessairement sa dépendance dans la réalisation de ces actes³⁴. Cette aide fournie par une personne peut être complétée par une aide technique (usage d'une canne ou d'un déambulateur).

Dans des travaux abordant l'état de santé d'individus de tous âges, ce degré de précision n'est pas nécessaire. En effet, la plupart des personnes sont, par exemple, capables de faire leur toilette ou de prendre seules leurs repas. Il s'agit alors de retenir des indicateurs assez discriminants. L'enquête sur la perception de la santé en France interrogeait les enquêtés sur leur capacité à se déplacer dans leur logement, leur capacité à se déplacer à l'extérieur du logement, leur capacité à faire du sport et leur

³⁴ "Dépendance perçue, dépendance mesurée, deux approches d'une même réalité", op. cité

capacité à manger tout ce qu'ils voulaient. C'est alors relativement au contenu de l'alimentation et à la pratique du sport que la proportion de personnes gênées par leur état de santé était la plus élevée. Si ces deux derniers indicateurs sont intéressants dans la mesure où ils permettent effectivement d'apporter des informations supplémentaires sur l'état de santé de la population, nous avons vu qu'ils sont très sujets à une interprétation liée aux pratiques plus qu'à une réelle différence dans l'état de santé.

Le CREDES s'intéresse principalement à l'aptitude à se déplacer et à faire sa toilette (avec ou sans difficultés) et à la prescription d'un régime alimentaire. Enfin, l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux mesure également les aides reçues, l'interruption des études à cause d'un problème de santé, l'interruption ou le changement de travail pour raisons de santé. Ce dernier indicateur dépend beaucoup des conditions de travail initiales. Son utilisation requiert donc des questions portant sur le type de travail avant l'interruption, sur les conditions dans lesquelles il s'exerçait et sur sa pénibilité.

Finalement, les indicateurs qui semblent être les plus pertinents sont ceux qui permettent de distinguer les personnes selon leur état de santé et non seulement sur l'âge, autrement dit, pour lesquelles un pourcentage significatif par tranche d'âge déclarent des difficultés. C'est bien le cas des déplacements dans et hors du logement, ainsi que de la capacité à faire du sport et de l'absence de régime.

La capacité à se déplacer dans le logement est une variable ambiguë dans la mesure où elle dépend fortement des aménagements du logement (une personne habitant un appartement de plein pied n'aura pas les mêmes difficultés qu'une personne logeant dans une maison à étage). Nous préférons donc à cette variable la capacité à monter un escalier. De même, la capacité à se déplacer à l'extérieur du logement dépend de l'environnement, de l'étage auquel est situé l'appartement, de l'existence d'un ascenseur. Nous retiendrons donc la capacité à courir un 100 M. Enfin, nous avons vu le peu de fiabilité des indicateurs concernant le sport et l'alimentation pour ce qui est de leur rapport avec la santé. Nous ne proposerons donc pas d'indicateur sur le sport. En ce qui concerne l'alimentation, nous retiendrons la prescription d'un régime alimentaire pour raison de santé.

Dans le cas d'une étude sur une population diversifiée en âge, les indicateurs de capacité seront donc de la forme :

Diriez-vous qu'aujourd'hui (un peu, beaucoup, pas du tout)

- vous auriez du mal à monter un étage
- vous auriez du mal à courir un 100 m

Cet indicateur est utilisé notamment par le CFES.

Suivez-vous un régime alimentaire prescrit pour des raisons médicales (oui/non) ? Cet indicateur est utilisé en particulier par le CREDES.

II.1.d. Les indicateurs de recours aux soins

Le recours aux soins comprend l'hospitalisation, les consultations de spécialistes et de généralistes ainsi que la consommation pharmaceutique. A ces trois principales catégories, peuvent venir s'ajouter la fréquentation paramédicale et les soins parallèles.

L'hospitalisation, les consultations et la consommation pharmaceutique sont complémentaires et il semble important d'utiliser ces trois indicateurs pour étudier le recours aux soins. Complémentaires car chacun fait apparaître des comportements de santé ayant un degré d'objectivité différent par rapport à l'état de santé.

L'indicateur le plus objectif est l'hospitalisation. En effet, cette dernière est décidée le plus souvent par un médecin généraliste ou spécialiste. Elle est beaucoup moins liée que les autres indicateurs au ressenti de la personne par rapport à la santé. Il est d'ailleurs intéressant de constater que si les déterminants des consultations et de la consommation pharmaceutiques sont différents de ceux des autres indicateurs de santé, ceux de l'hospitalisation s'en rapprochent. Ainsi, les cadres par exemple se caractérisent par une très bonne perception de la santé, par une absence de gêne dans la vie quotidienne, mais par une morbidité moyenne et surtout par une consommation pharmaceutique et un nombre de consultations élevé. Leur taux d'hospitalisation est par contre relativement faible.

Par contre, l'hospitalisation ne concerne qu'un nombre restreint de pathologies, et doit donc être complétée par d'autres indicateurs.

Les consultations, de spécialistes ou de généralistes sont beaucoup plus liées que l'hospitalisation aux représentations par rapport à la santé et aux comportements de santé. En effet, les visites auprès du médecin sont décidées par les personnes elles-mêmes. Elles peuvent être effectivement liées à un état de santé dégradé mais elles peuvent correspondre également à un comportement de prévention. De plus, pour un même état de santé, le recours au médecin peut être différent d'une personne à l'autre, selon les cultures ou le seuil de tolérance par rapport à l'état de santé.

En ce qui concerne la consommation pharmaceutique, il convient de distinguer la prise de médicaments prescrits par un médecin et l'automédication. La consommation de médicaments prescrits est un indicateur plus objectif que les autres consommations, puisqu'elle a nécessité l'intervention du médecin. Cependant, elle reste subordonnée au recours au médecin d'une part, aux habitudes par rapport à la médication du médecin d'autre part. L'automédication est sans doute peu liée à l'état de santé lui-même. Elle dépend surtout du ressenti par rapport à la santé et des habitudes relatives à la prise de médicaments. Par contre, la consommation pharmaceutique couvre le champ le plus large de la morbidité.

Finalement, la combinaison de ces trois indicateurs permet d'obtenir des renseignements sur une large partie de la morbidité (celle ayant nécessité un recours aux soins) et sur les comportements de prévention.

Le CREDES, pour l'enquête santé, soins et protection sociale, et l'INSEE, pour l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux demandent aux personnes interrogées de remplir un carnet de soins et repèrent ainsi non seulement l'existence de la prise de médicament, mais aussi la fréquence de cette prise et les noms des médicaments consommés. Ce niveau de détails permet aux deux organismes, d'une part, d'avoir des indications supplémentaires sur la morbidité (pour chaque médicament cité, est également demandée la raison du traitement, de plus les médicaments déclarés permettent aux médecins de tester la cohérence de la morbidité déclarée), d'autre part, d'avoir une idée précise de la consommation par classe de médicaments. Pour des études utilisant la santé comme variable explicative, ce type de renseignement n'est pas, bien entendu, nécessaire.

Finalement, les indicateurs que nous proposons de retenir sont les suivants :

Avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des trois derniers mois ? (oui/non)

Pour les personnes qui ont répondu oui :

S'agissait-il d'une visite de prévention ou bien d'une visite pour un problème de santé ?

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

Pour les personnes qui ont répondu oui :

S'agissait-il d'une visite de prévention ou bien d'une visite pour un problème de santé ?

Avez-vous été hospitalisé au cours des trois derniers mois (oui/non) ?

Actuellement, prenez-vous des médicaments

- sur ordonnance
- sur simple avis médical
- de vous même
- vous ne prenez pas de médicament

Le tableau suivant présente les indicateurs retenus.

	indicateurs retenus et distribution	utilisations précédentes
indicateurs de santé perçue	par rapport aux personnes de votre âge, estimez-vous votre état de santé : - très satisfaisant - satisfaisant - peu satisfaisant - pas satisfaisant du tout - ne sait pas	Études CRÉDOC : la perception de l'état de santé en France panel conditions de vie
indicateurs de morbidité	maladies chroniques : Êtes-vous actuellement suivi pour une maladie ou un problème de santé chronique : - maladie cardiaque - cancer - maladie respiratoire - diabète - problèmes articulaires, rhumatismes - cholestérol - hypertension - autre, précisez maladies ponctuelles Avez-vous, au cours du dernier mois, souffert de (beaucoup, un peu, pas du tout) : -mal de dos -mal de ventre ou troubles digestifs -mal de tête ou migraine -problèmes de sommeil -allergies Depuis un mois avez-vous (pas du tout, pas plus que d'habitude, plus que d'habitude) : -des difficultés à vous concentrer -des difficultés à prendre plaisir à vos activités quotidiennes -des difficultés à faire face à vos problèmes	CFES : baromètre santé-adultes, 95/96 indicateur construit à partir de : CFES, baromètre santé-adulte 96-96 CREDOC (et notamment études sur le RMI)
indicateurs de capacité	Diriez-vous qu'aujourd'hui (un peu, beaucoup, pas du tout) - vous auriez du mal à monter un étage - vous auriez du mal à courir un 100 M Suivez-vous un régime alimentaire prescrit pour des raisons médicales (oui/non) ?	CFES, baromètre santé-adulte, 95-96 CREDES, enquête sur la santé, les soins et la protection sociale
indicateurs de recours aux soins	Avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des trois derniers mois .? (oui/non) <i>Pour les personnes qui ont répondu oui :</i> <i>S'agissait-il d'une visite de prévention ou bien d'une visite pour un problème de santé ?</i> Avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des trois derniers mois ? <i>Pour les personnes qui ont répondu oui :</i> <i>S'agissait-il d'une visite de prévention ou bien d'une visite pour un problème de santé ?</i> Avez-vous été hospitalisé au cours des trois derniers mois (oui/non) ? Actuellement, prenez-vous des médicaments - sur ordonnance - sur simple avis médical - de vous même - vous ne prenez pas de médicament	CREDES, INSEE (enquêtes sur la santé, les soins et la protection sociale, enquête décennale sur la santé et les soins médicaux) CREDOC perception de la santé en France le centre de santé de Vitry

II.2. Des indicateurs plus transversaux : l'indicateur de santé perçue de Nottingham et l'indicateur de Duke

Par une batterie de questions, ces indicateurs tentent d'appréhender la santé sous son aspect multidimensionnel. Ils sont l'un et l'autre fondés sur le principe que la santé est un équilibre entre différentes composantes non réductibles à la notion de maladie. Ils sont tous les deux issus des échelles de qualité de vie, venues des pays anglo-saxons et connues sous le nom de Health Related Quality of Life (HRQOL). Ils cherchent à mesurer à la fois l'aspect physique et l'aspect psychologique de la santé. Les deux indicateurs utilisés ont en commun d'évaluer à la fois, pour les aspects physiques, ce qu'est la personne et ce qu'elle fait et pour les aspects psychologiques, ce qui relève de la personne et ce qui provient du rapport aux autres³⁵.

L'Indicateur de Santé Perçue de Nottingham (ISPN) explore 8 dimensions de la santé : la douleur, la mobilité physique, le sommeil, le tonus, les réactions émotionnelles et l'isolement social. Les items de l'indicateur de profil de Duke correspondent aux dimensions physique, mentale, sociale, santé perçue et incapacité ou (selon la combinaison des items choisis) en anxiété, douleur, estime de soi et dépression.

II.2.a. L'indicateur de santé perçue de Nottingham

Présentation générale

L'ISPN est composée de 38 items. Le tableau suivant présente ces items et les dimensions auxquelles ils correspondent.

³⁵ La présentation de l'indicateur de Nottingham est notamment détaillée dans : F. Derrienic, A. Touranchet, S. Volkoff "Age, travail, santé, étude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, enquête ESTEV 1990", Les éditions INSERM, 1996.

Tableau n°19

L'indicateur de Santé Perçue de Nottingham

Questions de l'ISPN (réponses en oui/non)	Dimension explorée	Pondération
Je me sens tout le temps fatigué	énergie	39
Tout me demande un effort	énergie	36
Je me fatigue vite	énergie	26
J'ai des douleurs la nuit	douleur	13
J'ai des douleurs insupportables	douleur	18
J'ai des douleurs quand je change de position	douleur	10
Je souffre quand je marche	douleur	11
J'ai des douleurs quand je suis debout	douleur	10
J'ai des douleurs en permanence	douleur	18
J'ai des douleurs en montant les escaliers ou les marches	douleur	10
Je souffre quand je suis assis	douleur	10
Je suis de plus en plus découragé	réactions émotionnelles	12
Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir	réactions émotionnelles	13
Je me sens nerveux, tendu	réactions émotionnelles	9
Je trouve que les journées sont interminables	réactions émotionnelles	9
Je me mets facilement en colère ces temps-ci	réactions émotionnelles	8
J'ai du mal à faire face aux événements	réactions émotionnelles	12
J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir	réactions émotionnelles	11
Je trouve que la vie ne vaut pas d'être vécue	réactions émotionnelles	15
Je me réveille déprimé le matin	réactions émotionnelles	11
Je me sens seul	isolement social	20
J'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres	isolement social	19
J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler	isolement social	20
J'ai l'impression d'être une charge pour les autres	isolement social	25
J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres	isolement social	16
Pour marcher, je suis limité à l'intérieur (de mon domicile, du bâtiment)	mobilité physique	14
J'ai besoin d'aide pour marcher dehors (une canne, quelqu'un pour me soutenir)	mobilité physique	14
J'ai des difficultés à me pencher en avant (pour lacer mes chaussures, ramasser un objet)	mobilité physique	10
Je suis totalement incapable de marcher	mobilité physique	19
J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches	mobilité physique	11
J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets)	mobilité physique	8
J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller	mobilité physique	12
J'ai des difficultés à rester longtemps debout	mobilité physique	11
Je prends des médicaments pour dormir	sommeil	26
Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à m'endormir	sommeil	14
Je reste éveillé une grande partie de la nuit	sommeil	23
Je mets beaucoup de temps à m'endormir	sommeil	16
Je dors mal la nuit	sommeil	20

Le tableau précédent expose les items regroupés par dimension. Dans le questionnaire, cet ordre n'est pas respecté. En effet, présenter les uns à la suite des autres des items proches risquerait de conduire les personnes interrogées à donner toujours la même réponse aux différentes propositions d'une même dimension.

L'ordre choisi dans le questionnaire est présenté en annexe.

L'indicateur peut être utilisé de deux façons différentes. Il est possible ou bien d'étudier, pour chacune des dimensions, l'existence d'au moins une réponse "oui", ou bien de sommer les items de chaque dimension.

Les dimensions regroupent des items correspondant à des degrés de gravité différents. Etudier la proportion de réponses "oui" n'est qu'un indicateur approximatif de la dimension puisque cela suppose de traiter de la même façon des personnes qui, par exemple, disent avoir du mal à tendre le bras et des personnes qui sont totalement incapables de marcher. De même, sommer les réponses "oui" par item revient à agréger des réponses non comparables.

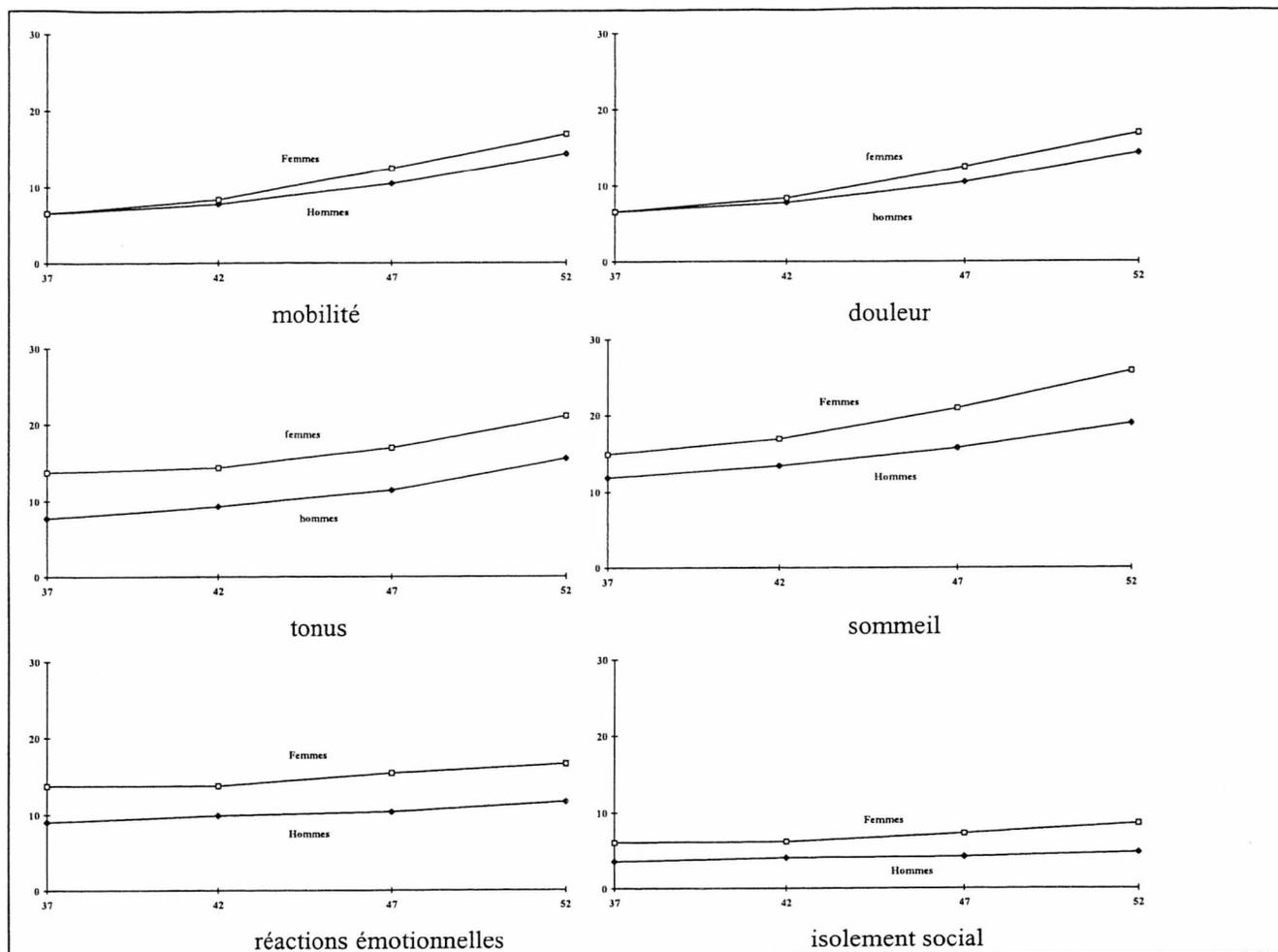
L'étude de la proportion de "oui" reste donc une simple indication du degré d'atteinte par dimension. La sommation, pour tenir compte des différences de gravité, fait appel à un système de pondération. Les poids sont présentés dans le tableau précédent. Ils sont choisis de façon à ce que la somme des poids par dimension soit égale à 100. Cela permet de comparer des dimensions comprenant un nombre d'items différent les unes avec les autres.

Les déterminants de l'indicateur de santé perçue de Nottingham

Ces déterminants sont étudiés à partir de l'enquête ESTEV (op. Cité en 10), qui s'intéresse à des salariés âgés de 37 à 52 ans, et à partir de l'étude sur l'état de santé des RMistes dans les Bouches du Rhône. Ces deux études portent sur des populations particulières, mais donnent quand même une bonne idée des déterminants de l'indicateur, et notamment de l'articulation de ses différentes dimensions.

Pour chacune des dimensions, les scores pondérés moyens sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Cependant, les différences sont plus faibles pour les indicateurs physiques (mobilité physiques et douleurs). Toutes les dimensions dépendent également de l'âge, mais les deux dimensions les plus psychologiques (réactions émotionnelles et isolement social) en dépendent beaucoup moins.

Graphique n°15
Score pondéré aux différentes dimensions de l'ISPN selon l'âge et le sexe



Source : Enquête ESTEV, INSERM, 1990

Toutes les dimensions dépendent également de la catégorie socioprofessionnelle. Notamment la catégorie ayant la plus forte proportion de réponses positives pour au moins un item est, quelle que soit la dimension, celle des ouvriers. Viennent ensuite les employés et les cadres. L'enquête ESTEV portant sur une cohorte de salariés, ni les indépendants, ni les agriculteurs ne sont compris dans le champ de l'enquête.

Finalement, les déterminants des différentes dimensions de l'ISPN sont proches de ceux de l'indicateur de santé perçue et de capacités. On peut cependant remarquer que ses dimensions, du moins pour les dimensions physiques, dépendent plus du sexe que les deux autres indicateurs, alors

que les dimensions psychologiques (réactions émotionnelles et isolement sociale) dépendent moins de l'âge.

II.2.b. Le profil de santé de Duke

Présentation générale

Le profil de santé de Duke est composé de 17 items, présentés dans le tableau suivant. Nous avons choisi de montrer, pour chaque dimension, les différents items utilisés. Ceux, nombreux, qui sont communs à plusieurs dimensions apparaissent plusieurs fois.

Tableau n°20
Les items du profil de santé de Duke

Questions de l'indicateur de Duke (réponses en 3 modalités)	dimension explorée
Je me trouve bien comme je suis	Mentale
je me décourage trop facilement	Mentale
j'ai du mal à me concentrer	Mentale
vous avez été triste ou déprimé	Mentale
vous avez été tendu ou nerveux	Mentale
je me trouve bien comme je suis	estime de soi
je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	estime de soi
je me décourage trop facilement	estime de soi
je suis content de ma vie de famille	estime de soi
je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	sociale
je suis content de ma vie de famille	sociale
je suis à l'aise avec les autres	sociale
vous avez rencontré des parents ou des amis	sociale
vous avez eu des activités de groupes ou de loisirs	sociale
je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	anxiété
j'ai du mal à me concentrer	anxiété
je suis à l'aise avec les autres	anxiété
vous avez eu des problèmes de sommeil	anxiété
vous avez eu l'impression d'être vite fatigué	anxiété
vous avez été tendu ou nerveux	anxiété
je me décourage trop facilement	dépression
j'ai du mal à me concentrer	dépression
vous avez eu des problèmes de sommeil	dépression
vous avez eu l'impression d'être vite fatigué	dépression
vous avez été triste ou déprimé	dépression
vous auriez du mal à monter un étage	physique
vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	physique
vous avez eu des problèmes de sommeil	physique
vous avez eu des douleurs quelque part	physique
au fond, je suis bien portant	santé perçue
vous avez eu des douleurs quelque part	douleur
vous avez du rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raisons de santé	incapacité

Le questionnaire précis, avec l'ordre des items et les modalités de réponses, est présenté en annexe.

Tous les items utilisent des réponses à trois modalités. Ces réponses sont codées de 0 à 2. Chaque dimension est la somme des items qui la compose. Pour pouvoir comparer des dimensions utilisant un nombre différent d'items, les scores sont normalisés de 0 à 100. 0 représente la qualité la moins bonne pour les dimensions santé physique, mentale, sociale, perçue et estime de soi, la qualité la meilleure pour les dimensions anxiété, dépression, incapacité et douleur.

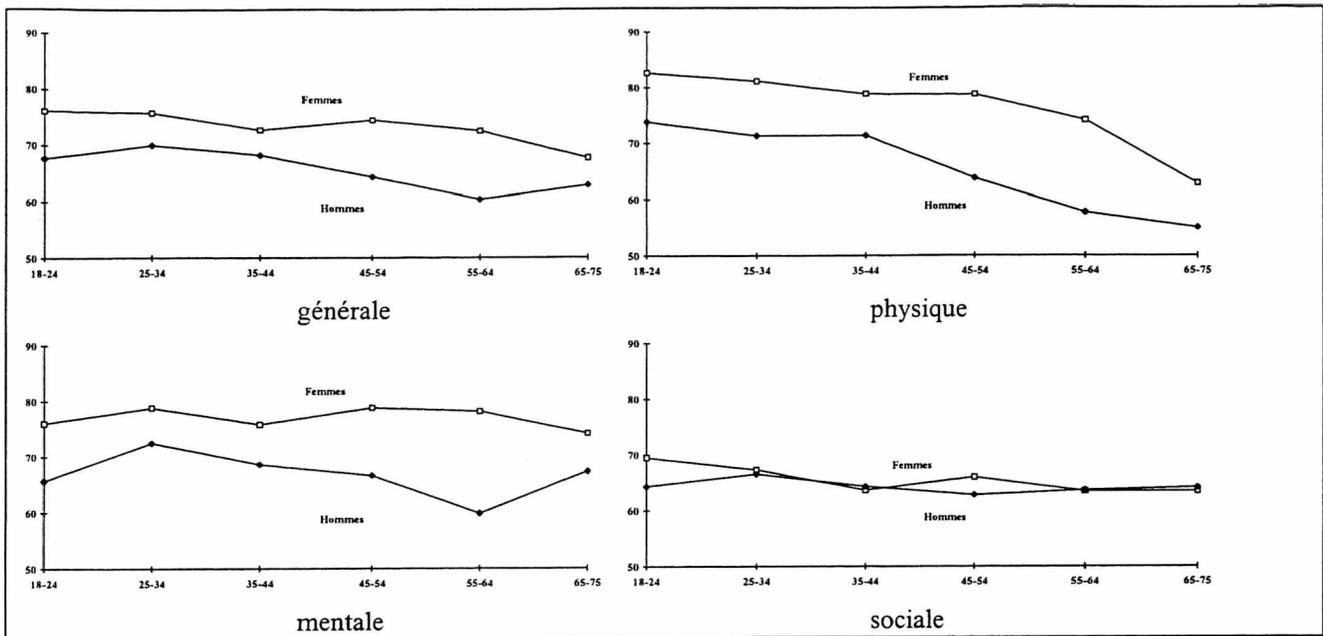
A partir du profil de santé de Duke, il est de plus possible de construire un indicateur de santé générale agrégeant les dimensions physique, mentale et sociale. Ces trois dimensions recouvrent 15 items (et donc tous les items à l'exclusion des séjours à l'hôpital et de la santé perçue). Elles sont complémentaires entre elles, dans le sens où elles explorent des dimensions différentes de la santé, sans item commun.

Les déterminants du profil de santé de Duke

L'indicateur de santé générale et l'indicateur de santé physique dépendent de façon significative du sexe et de l'âge. L'indicateur de santé mentale dépend du sexe. Il dépend de l'âge pour les femmes, mais non pour les hommes. L'indicateur de santé sociale ne dépend ni du sexe, ni de l'âge. En ce qui concerne le sexe, ces résultats diffèrent de ceux mesurés par l'indicateur de santé perçue de Nottingham, pour lequel les dimensions physiques (mobilité et douleur) dépendaient peu du sexe, alors que les dimensions psychologiques (tonus, sommeil, réactions émotionnelles et isolement social) en dépendaient.

Cette différence peut s'expliquer, pour la composante physique, par le fait que le sommeil fait partie de la dimension physique de l'indicateur de Duke, alors qu'il constitue une composante à part de l'ISPN. La différence observée pour la composante mentale peut provenir d'une construction très différente de cette dimension pour chacun des indicateurs. Alors que l'ISPN ne compte, dans la dimension sociale, que des items mesurant la perception de la personne par rapport aux autres, le profil de santé de Duke fait également intervenir les modalités de contact avec les autres (les rencontres et les activités de loisirs).

Graphique n°16
Les dimensions du profil de Duke selon le sexe et l'âge



Source : CFES, 95/96

La liaison entre le profil de santé de Duke et la catégorie socioprofessionnelle est proche de celle observée pour l'ISPN : les cadres obtiennent en général les meilleurs scores et les ouvriers les moins bons. Les indicateurs de santé physique et de santé mentale font cependant exception : les employés ont en effet pour ces deux dimensions un score inférieur à celui des ouvriers.

II.2.c. Intérêt, limite et comparaison de ces deux indicateurs

L'intérêt principal de ces deux indicateurs réside dans le fait qu'ils recouvrent des dimensions très différentes de la santé. Ces composantes peuvent être soit étudiées séparément, ce qui fournit des informations riches sur les attitudes des différentes catégories que l'on veut étudier, soit agrégées, ce qui permet d'avoir un indicateur de santé global intégrant différentes dimensions de la santé.

Ils ont de plus été validés l'un et l'autre au cours de nombreux tests et enquêtes, que ce soit dans leur version anglaise ou française. Ils ont été l'un et l'autre utilisés plusieurs fois, ce qui permet d'avoir des données de comparaison.

Par contre, ces indicateurs sont coûteux dans la mesure où ils font appels à un grand nombre de questions (le temps de passation du profil de santé de Duke est compris entre 5 et 10 minutes). Ils permettent certes de faire l'économie des questions de perception de son propre état de santé et de sa capacité, mais restent complémentaires avec la morbidité et le recours aux soins. On peut cependant estimer qu'ils reflètent assez bien l'état de santé des personnes interrogées pour se dispenser de ces deux dernières questions.

L'ISPN n'a été utilisé que dans le cadre de questionnaires auto-administrés. Il demande donc à être testé pour son utilisation lors d'enquêtes téléphoniques ou d'entretiens en face à face. La formes des questions (oui/non) et la simplicité de la formulation rendent cependant probable sa fiabilité dans ce cadre, à condition de lire assez lentement les questions pour éviter les effets de réponses automatiques.

Ces deux indicateurs sont assez différents à la fois dans le nombre d'items proposés et dans le choix des items par dimension. Les dimensions explorées ne sont pas non plus tout à fait semblables.

Le profil de santé de Duke utilise 9 dimensions repérées par 17 items. Les dimensions ne sont pas complémentaires, dans la mesure où certaines font appel aux mêmes items. Finalement, il est constitué de deux groupes de dimensions complémentaires (santé mentale, physique, sociale, perçue, incapacité/anxiété, douleur, estime de soi, dépression). Les dimensions privilégient la mesure de l'état de santé psychologique à celle de l'état de santé physique. En effet, seules trois dimensions sont physiques (santé physique, incapacité, douleur), et deux d'entre elles ne sont constituées que d'un item.

L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham utilise 6 dimensions complémentaires. Deux d'entre elles sont clairement physiques (mobilité et douleur), deux sont clairement psychologiques (réactions émotionnelles et isolement sociale), les deux dernières participant du physique et du psychologique (tonus et douleur). Les dimensions sont constituées d'au moins 3 items.

Les dimensions explorées par l'ISPN sont beaucoup plus détaillées que celles explorées par le profil de santé de Duke. A titre d'exemple, la douleur ne fait l'objet que d'un item dans le profil de Duke, contre 8 pour l'ISPN, ce dernier tenant compte de l'intensité de la douleur et des mouvements

qui la provoque. De même, le sommeil est appréhendée par un item par le profil de Duke (dont le sommeil), alors qu'elle fait l'objet de cinq items dans l'ISPN.

Les dimensions du profil de Duke agrègent des renseignements de nature très différente, mesurés par des indicateurs qui ne sont pas tous précis. La dimension physique illustre cette remarque : elle mesure à la fois la capacité physique, le sommeil et la douleur. Ces deux derniers n'étant repérés que par une question, qui ne différencie pas les différents troubles de sommeil possibles. Certes, l'échelle de réponse proposée est à trois modalités, mais la façon dont les personnes se situent sur cette échelle reste très liée à leur seuil de tolérance et à leur conception de la normalité. De plus, contrairement à l'ISPN, les sommes ne sont pas pondérées selon la gravité des symptômes repérés. Il faut noter cependant que le choix des items est tel, qu'une personne souffrant de douleurs importantes n'aura pas le même score qu'une personne ayant seulement des troubles du sommeil, dans la mesure où elle se déclarera incapable de monter les escaliers par exemple.

Finalement, sans remettre en cause la validité du profil de Duke, nous lui préférons l'ISPN, notamment pour la bonne répartition des dimensions entre l'aspect physique et psychologique et pour la cohérence des différents items au sein de chaque dimension.

Bilan de la recherche

La perception de la santé apparaît donc comme une donnée extrêmement complexe en ce sens, comme on l'a indiqué plus haut, qu'interagissent un grand nombre de variables dans sa détermination. La première des conséquences qu'il convient sans doute de tirer de ce constat est que toutes les approches qu'on a décrites, sont d'un certain point de vue pertinentes. Toutefois, pour ce qui est de nos approches et de notre propre pratique d'enquête, quelques enseignements simples peuvent être retenus pour les améliorer.

Les deux grands indicateurs " transversaux " sont certainement à privilégier pour une appréhension plus détaillée de la perception de la santé. Sans revenir sur tous les avantages qu'ils proposent, on retiendra qu'ils proposent une synthèse pratique des différentes dimensions qui composent une certaine définition de la santé : capacité et handicap dans la vie quotidienne, douleur, santé mentale et état psychologique, etc. Ces dimensions permettent par ailleurs d'affiner des différences de perception entre des catégories sociales déterminées à partir de l'âge et du milieu socio-économique, en particulier, puisque ce sont là des variables tout à fait décisives pour la perception de la santé.

Entre l'indicateur de Nottingham et celui de Duke, le choix est difficile à opérer. L'avantage du second est qu'il a déjà fait l'objet d'une utilisation récurrente dans le baromètre santé du Centre Français d'Education pour la Santé, et permet donc de pouvoir établir des comparaisons intéressantes. Le premier, en revanche, privilégie les dimensions " physiques ", et en propose une approche plus détaillée.

Leur utilisation, en tout cas, se heurte malgré tout à un obstacle majeur qui est celui de leur " lourdeur ". La vingtaine d'items de l'indicateur de Duke suppose un temps moyen de passation de l'ordre de la dizaine de minutes. Dans le cadre des enquêtes liées à l'évaluation d'un dispositif local d'aide à l'insertion, il est clair que cette seule approche de la perception de la santé est trop importante, compte tenu du cahier des charges généralement imposé à ces études. Il faut en outre ajouter qu'une telle mesure de la perception doit être complétée par d'autres questionnements

relatifs à l'accès aux soins, notamment, puisque cette dimension participe plus étroitement à la mesure des effets du dispositif. On ne pourra donc y avoir recours que dans l'hypothèse d'un questionnement spécifique sur les problématiques de santé et de prise en charge de la demande de soins.

Toutefois, l'évolution de la place qu'occupe désormais de tels problématiques dans le champ de l'insertion, laisse penser qu'on pourra y avoir recours, d'une manière générale, ou bien concernant une des dimensions particulière de la perception de la santé. Quelques travaux d'évaluation du RMI, à l'échelon départemental, même si tel n'était pas *a priori* leur objectif, ont en effet mis en évidence le besoin de prise en charge de la souffrance, ou de ce que les travailleurs sociaux appellent " les troubles psychiatriques " de certains bénéficiaires. L'évaluation du dispositif d'insertion en Haute-Vienne, par exemple, au travers de son approche institutionnelle (l'interrogation non pas des bénéficiaires mais des opérateurs du dispositif) a mis en évidence ce besoin, et l'amélioration de l'articulation entre le champ de l'intervention sociale avec le secteur psychiatrique a fait l'objet d'un débat et de propositions au sein du comité de pilotage réunissant les autorités publiques chargées de la mise en place et du suivi du dispositif (Etat et Conseil général). Si l'on avait intégré l'indicateur de Duke dans le questionnaire soumis aux bénéficiaires, l'enquête aurait peut-être permis de mieux mesurer l'étendue de ce besoin.

La décision de lancer un programme de concertation avec le secteur psychiatrique rejoint par ailleurs la démarche initiée par un certain nombre de départements parvenus au même constat (Creuse, Val d'Oise, etc.), et proposée dès 1995, par le rapport de la commission Lazarus, portant sur la prise en charge de la souffrance des personnes connaissant des difficultés d'insertion. Il est clair qu'il conviendra donc de tenir compte, malgré tout, de ce type de conclusions auxquelles peuvent conduire de telles enquêtes.

Dans le cadre des enquêtes intégrées dans une évaluation d'un dispositif d'insertion, où la santé n'apparaît pas comme une dimension essentielle de l'évaluation, on peut très bien concevoir de n'employer qu'une " version allégée " de l'indicateur de Duke. A cet égard, si les dimensions " physique " (4 items), " dépression " (5 items), " sociale " (5 items), et " santé perçue " (1 item) apparaissent comme les plus essentielles pour rendre compte de la réalité vécue par ceux qui en bénéficient, en tout cas moins que les dimensions " estime de soi ", " mentale " et " anxiété ", ces deux dernières recoupant en grande partie l'axe " dépression ". Cette procédure ne peut toutefois constituer qu'un pis-aller, et n'autorisera qu'une comparaison item par item, par rapport aux

résultats d'une enquête de plus grande envergure comme celle menée par le CFES. La formulation de l'indicateur a en effet fait l'objet de nombreux tests de validation, si bien que son unité apparaît comme une condition de son exploitation.

Les items de ces indicateurs peuvent toutefois aider à la formulation de questions permettant de mieux rendre compte de " l'expérience vécue " des bénéficiaires interrogés, et d'appréhender de manière plus fine certaines dimensions de la santé déterminantes dans le cadre d'une évaluation d'un dispositif d'insertion. La mobilité physique et la santé mentale sont l'exemple-type de difficultés éprouvées qui peuvent permettre de comprendre les difficultés de sorties vers l'emploi ou vers la formation professionnelle.

Dans l'hypothèse où il ne serait pas possible de retenir indicateur transversal, plusieurs autres données peuvent permettre de préciser l'appréhension de la santé des allocataires. C'est là le mérite du travail de collecte effectué et présenté dans la seconde partie de ce rapport. Selon le cas de figure, un indicateur de morbidité et/ou de recours aux soins peut donc permettre d'éclairer le sens d'une perception globale et synthétique recueillies dans des conditions assez comparables à celles qui ont cours aujourd'hui dans nos travaux.

Cette recherche réunit donc un ensemble de matériels utiles pour améliorer immédiatement notre approche de la perception de la santé. Il reste qu'une grande étude reste à mener pour étudier de manière détaillée, et dans toutes leurs conséquences, la perception de la santé. Si des travaux commencent en effet d'être produits sur cette thématique des déterminants de la perception, et ce cahier de recherche représente un pierre à cet édifice en voie de construction, peu de choses ont encore été dites sur les conséquences qu'elles ont du point de vue des comportements sanitaires, entendus ici d'une manière assez large : pratiques alimentaires et tout ce qui peut relever d'une attention à soi dans la vie quotidienne, consultations médicales, etc. Le CFES, dans son analyse sur le baromètre santé des adultes, propose quelques pistes qui recouvrent assez largement les remarques que nous avons pu faire dans le rapport d'évaluation de la loi Evin, sur le tabac et l'alcool. Mais aucune enquête ne porte sur l'ensemble des " comportements positifs " (hygiène de vie) qui permettent de construire ou d'entretenir sa santé.

D'autre part, du point de vue des représentations associées à la santé et au corps qui sous-tendent les perceptions, une approche qualitative permettrait d'en explorer plus à fond toutes les dimensions. L'opposition entre santé-bien-être, caractéristique des milieux aisés, et santé-absence

de maladie, typique des milieux populaires, a quelque chose de schématique et de réducteur. De même, en est-il de l'opposition entre " hédonisme " et " contrôle de sa santé " suggérée par le CFES. On ne saurait soutenir, par exemple, que les traits caractéristiques de l'attitude des milieux populaires à l'endroit de la santé, relève d'un quelconque hédonisme. Il y a clairement là l'objet d'une recherche à mener pour compléter notre compréhension du cadre qui détermine la perception de la santé et qui s'enracine profondément dans un vécu à la fois individuel et collectif.

Dépôt légal : Juin 1999

ISSN : 1257-9807

ISBN : 2-84104-133-6

CAHIER DE ReCHERCHE

Récemment parus :

Analyse de réseau et dynamique partenariale

Bruno MARESCA, Guy POQUET, Philippe HERLEMONT
- n°120 (1998)

Les déterminants sectoriels des défaillances d'entreprise dans l'industrie manufacturière

Philippe MOATI, Laurent POUQUET, Corinne CHESSA
- n°121 (1998)

L'espace des opinions des Français - 19 ans d'observations

Jean-Pierre LOISEL (collaboration Catherine DUFLOS),
sous la direction de Georges HATCHUEL - n°122 (1998)

Utilisation de la modélisation statistique à des fins interprétatives

Bruno MARESCA, Pascale HÉBEL - n°123 (1998)

La dynamique interne du récit

Pierre LE QUÉAU, Mathieu BRUGIDOU - n°124 (1998)

Hétérogénéité des attitudes et comportements de consommation

Jean-Luc VOLATIER - n°125 (1998)

Les comportements des consommateurs européens

Ariane DUFOUR, Jean-Pierre LOISEL, Emmanuelle MAINCENT,
Laurent POUQUET, Jean-Luc VOLATIER - n°126 (1999)

Éléments de méthode pour l'analyse du tissu économique local

Philippe MOATI, Stéphane LOIRE - n°127 (1999)

Président : Bernard SCHAEFER Directeur Général : Robert ROCHEFORT
142, rue du Chevaleret, 75013 PARIS - Tél. : 01 40 77 85 01

ISBN : 2-84104-133-6

CRÉDOC

Centre de recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vi