

La perception de la santé en France

Patricia Croutte
Michel Legros

À la demande du Haut Comité de la Santé Publique, et dans le cadre de la préparation de débats d'orientation sur la politique de santé en France, le CRÉDOC a réalisé un sondage auprès d'un échantillon représentatif* de la population française.

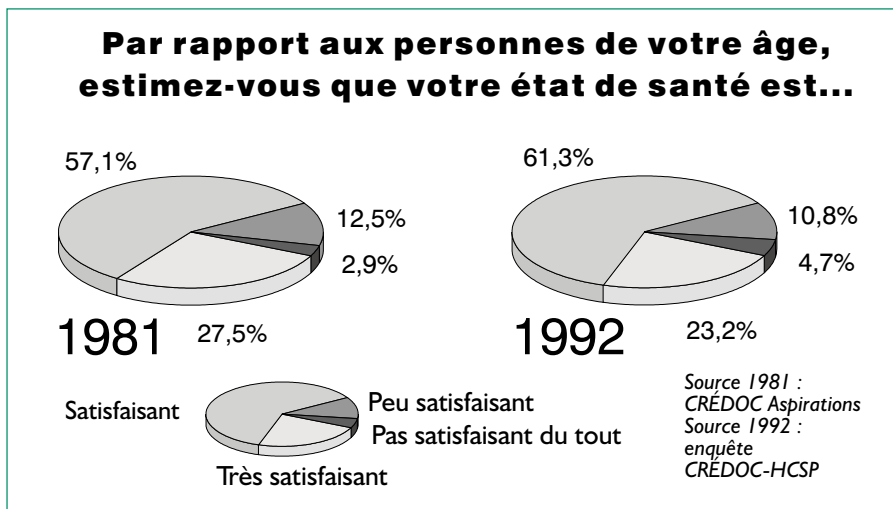
* Entre le 7 et le 23 octobre 1992, le service d'enquêtes téléphoniques du CRÉDOC a interrogé 2030 personnes, représentatives de la population française selon les critères d'âge, de sexe, de région et de type d'activité.

Au vu des résultats de cette étude, il apparaît nettement que, par delà la diversité de leurs caractéristiques démographiques et sociales, les personnes interrogées ont en commun un ensemble de représentations de la santé qu'elles expriment massivement.

Satisfaites de leur état de santé, les personnes enquêtées estiment que ce bon état de santé les autorise largement à mener leurs activités quotidiennes et professionnelles ainsi qu'elles peuvent le souhaiter. Ce taux de satisfaction évolue avec l'âge. Les personnes dont l'âge est compris entre 20 et 29 ans sont les plus satisfaites de leur état de santé alors que les personnes les plus âgées jugent celui-ci peu satisfaisant. Le niveau de formation, lié à l'âge, joue ici son rôle habituel dans ce type d'enquête :

l'état de santé perçu s'élève avec le niveau de formation. Il est intéressant de remarquer que cette perception subjective d'un état de santé personnel est restée remarquablement stable au cours des dix dernières années alors que la médiatisation des questions de santé s'est amplifiée et modifiée et que la consommation médicale a progressé au rythme élevé que l'on connaît. La même question posée par le CRÉDOC en 1981, dans le cadre de l'enquête «Conditions de vie et Aspirations des Français», produisait des résultats très proches.

Confortant ce point de vue largement positif sur leur état de santé ressenti, les personnes interrogées donnent à l'idée de bonne santé un contenu positif. La bonne santé est d'abord, pour elles, l'image du



plaisir pris à vivre, elle est, ensuite, la possibilité de vivre autonome. Si la tendance générale de la population est donc d'associer le fait d'être en bonne santé et le plaisir pris à vivre, on s'aperçoit que cette vérité se décline néanmoins. Sur dix personnes, trois se représentent la bonne santé comme le plaisir, l'autonomie, la longévité et l'absence de toute maladie, souffrance ou intervention du médecin. Trois autres insistent fortement sur le plaisir de la vie, mais sans rejeter complètement les aspects inversés de la santé que sont le fait de consulter, de souffrir ou d'être malade. Un peu moins d'une sur six donne une définition de la santé où entre une bonne part de plaisir à vivre mais en acceptant cette fois tout-à-fait la présence du médecin. Une personne sur dix, sou-

vent plus âgée, adopte une vision moins exigeante de la bonne santé, en acceptant notamment un peu moins de plaisir ou d'autonomie.

Confirmant un peu plus cette image d'une santé heureuse, 57% des personnes interrogées pensent que l'état de santé des Français s'est amélioré au cours des 10 dernières années. Le jugement sur l'état de santé personnel joue un facteur non négligeable sur la façon dont on juge l'évolution de l'état de santé des Français depuis dix ans : *les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état de santé optent, deux fois plus souvent que les autres, pour une détérioration de l'état de santé collectif (49,2% contre 24%). Le collectif semble jugé ici à l'aune de l'individuel.* Si le médecin doit intervenir de manière

ponctuelle en cas de maladie ou d'accident, l'amélioration de l'état de santé n'est pas une affaire médicale pour la majorité des personnes enquêtées. L'amélioration de l'état de santé est, d'abord, une affaire personnelle, chacun devant veiller à adopter un comportement propre à le maintenir en bonne santé (alimentation équilibrée, moindre consommation d'alcool et de tabac). Cette amélioration doit résulter également d'une intervention de la société qui passe d'abord par la réduction des pollutions. Une condition de l'amélioration de l'état de santé échappe à cette vision, il s'agit de la nécessité de promouvoir la recherche médicale. Ainsi la conception largement dominante de l'amélioration de l'état de santé passe par trois logiques : une logique individuelle : le souci de soi, une logique sociale : l'amélioration de l'environnement et de la cohésion sociale, une logique scientifique : le développement de la recherche médicale.

La primauté très forte accordée à l'intervention de la personne dans l'amélioration de l'état de santé se retrouve quand il s'agit pour elle d'adopter un comportement propre à se maintenir en bonne santé. Pour 94% des personnes interrogées, le maintien de la personne en bonne santé est « leur propre affaire », c'est-à-dire un problème d'hygiène de vie : alimentation équilibrée, restriction sur l'alcool et le tabac, hygiène dentaire. Pour une très large majorité (83,3% des interviewés), le maintien en bonne santé est un problème de cadre de vie ou de travail dans lequel le médecin n'est qu'une réponse ponctuelle à la maladie ou l'accident (rôle de thérapeute). De façon conséquente, le maintien en bonne santé est considéré comme devant être l'affaire des médecins par moins d'une personne sur deux (42,8%).

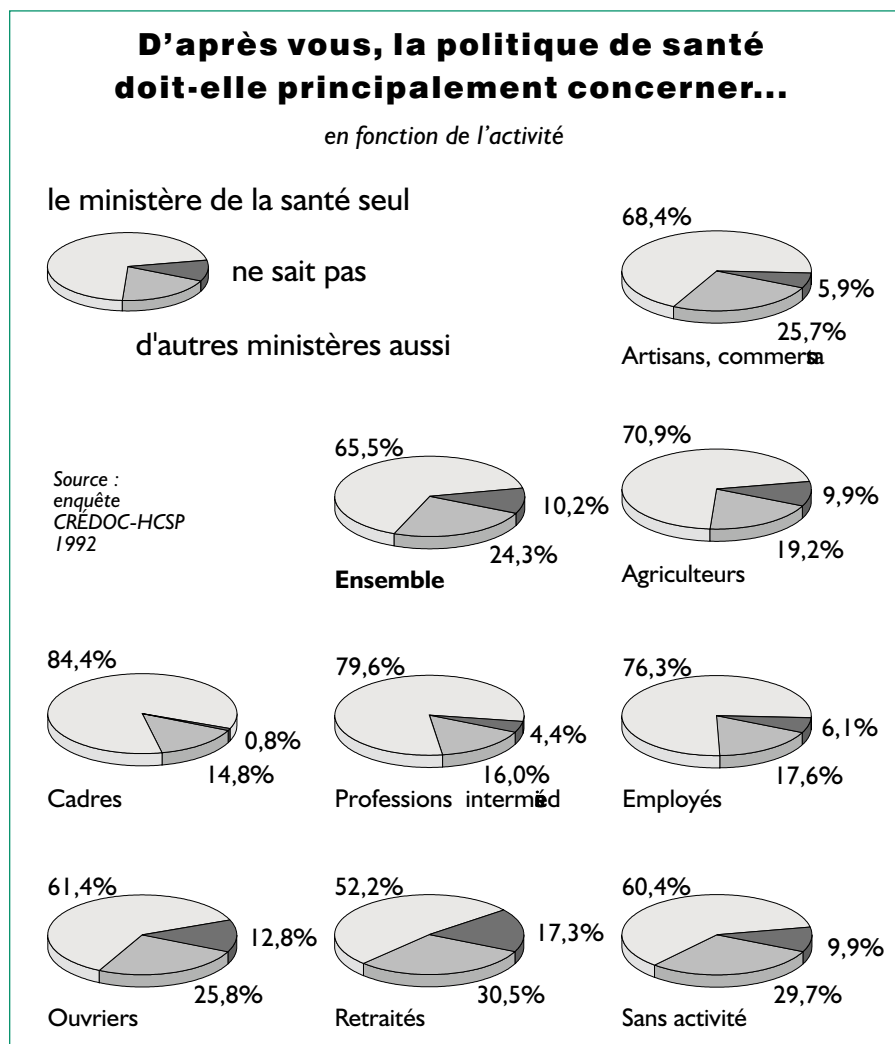
En matière de politique de santé, ces représentations ne manquent pas de conséquences. Elles conduisent d'abord les personnes interrogées à minorer assez fortement le rôle de l'intervention médicale. Dans ce modèle dominant, la santé ne ressort pas du rôle du médecin dont seule la maladie est le territoire.

Interrogés sur les problèmes qui jouent, d'après eux, un rôle très important sur l'état de santé, les répondants placent le chômage et le manque d'argent nettement en avant des autres problèmes évoqués. 61% d'entre eux confèrent, en effet, au chômage un rôle très important sur l'état

de santé, ensuite, 58,8% insistent sur le rôle, également très important, du manque d'argent. Cette hiérarchie n'est pas sans évoquer les résultats d'autres enquêtes dans lesquelles des allocataires du RMI ou des personnes au chômage interrogées sur les problèmes qu'elles estimaient devoir être résolus de manière prioritaire plaçaient au premier rang de ceux-ci le travail et l'argent. Sans parler d'une socio-genèse des pathologies, les personnes interrogées situent bien dans le social, l'étiologie de leur état de santé. Ce souci devient très fort à partir de 40 ans pour l'ensemble des personnes interrogées et il se manifeste également chez les femmes et les retraités. L'isolement par rapport aux enfants (45,3%) et l'impression d'insécurité (45,2%) apparaissent comme les

facteurs seconds dans cette hiérarchisation des problèmes ayant un rôle dans l'état de santé. Avec ces facteurs, les répondants mettent l'accent sur les causes relationnelles de la dégradation de l'état de santé.

Lorsqu'il s'agit de définir quel Ministère doit s'occuper principalement de la santé, les personnes interrogées, cohérentes avec leurs représentations, rejettent une intervention unique du Ministère de la Santé au profit d'une collaboration interministérielle plus large incluant l'Environnement, le Travail et la Culture. Le partage des responsabilités à l'égard de la santé entre différents Ministères est une opinion davantage exprimée par les cadres et les personnes dont le niveau de formation est supérieur à la classe de terminale.



La perception de la santé en France suite...

S'agissant également de définir le niveau institutionnel et géographique le meilleur pour une intervention visant à promouvoir la santé, les personnes interrogées poursuivent leur logique globalisante et mettent en avant l'échelon national et le niveau européen.

Dans le cadre d'une politique de santé, on peut imaginer une logique d'intervention qui viserait à définir des priorités portant sur des régions, des groupes de population, voire des pathologies. Cependant, cette stratégie fondée sur une démarche rationnelle se heurte à la représentation assez largement partagée dans la population enquêtée d'une globalisation de la santé. Fait global, la santé s'accommoderait mal de priorités forcément sectorielles. Une des raisons de cette absence particulière de volonté de fixer des objectifs à atteindre tient peut-être au fait que les personnes interrogées ne manifestent pas une conscience très forte de l'existence de disparités régionales. 50% des personnes estiment que, par rapport aux autres régions, les gens de leur région sont autant malades qu'ailleurs. Les autres répondants se répartissent également entre ceux qui pensent qu'ils sont plus malades, ceux qui pensent qu'ils sont moins malades et, enfin, ceux qui n'ont pas d'opinion sur le sujet.

Vision hédoniste de la santé, conception globale, priorité à la France et à l'Europe, faible importance accordée à l'intervention médicale, l'ensemble de ces thèmes renvoie à une conception d'autant plus étonnante que nous savons, par d'autres enquêtes, la place prépondérante qu'occupe la maladie grave dans le catalogue des peurs contemporaines. Autant d'ailleurs que la hiérarchisation par les personnes interrogées de ces différents thèmes, le caractère massif des réponses ne manque pas de susciter une interrogation.

Pour expliquer la convergence des réponses à l'enquête, il faut probablement juxtaposer deux modes d'explication. Le premier mode fait porter ces idées par des couches sociales d'un niveau social et culturel plus élevé. Les cadres, les plus jeunes, disposant d'un meilleur niveau de formation, se reconnaissent plus facilement dans les thèmes qui placent l'Europe en position centrale. Plus sensibilisés à l'environnement et à une pensée globale, ils s'estiment volontiers meilleurs «médecin de soi-même» et sont mieux disposés que les autres groupes de la société à

instaurer des relations de causalité entre leur état de santé et celui du monde qui les entoure.

En revanche, il s'avère plus difficile d'expliquer le fait que des retraités et des groupes sociaux à plus bas niveau de formation comme les ouvriers et les employés adoptent un système de représentations assez voisin. On pourrait, certes, faire appel à l'importance des outils de communication pour expliquer la diffusion rapide, d'un groupe à l'autre, de telles représentations, mais nous savons, par ailleurs, la faiblesse de ces explications. Une autre hypothèse est envisageable, elle tient peut-être mieux compte des craintes diffuses dans la société et des replis individualistes que l'on constate par ailleurs. L'existence d'un taux de chômage élevé, les craintes sur l'avenir des systèmes de retraites, l'existence du sida et le maintien de la mortalité due aux affections cancéreuses, l'impression d'insécurité constituent des facteurs de rupture de la cohésion sociale dans lesquels les personnes interrogées voient un risque pour la santé. Ayant l'impression de ne pouvoir agir directement sur un point ou sur un autre, ces personnes, âgées, moins bien formées, en viennent à privilégier, simultanément deux comportements. Le premier consiste à ne plus faire confiance qu'en soi et à trouver en soi-même les ressources de sa propre santé. Le second consiste à dire que puisque rien n'est efficace, alors tout peut être tenté. La globalisation de la santé proposée par ces personnes serait alors la réponse la plus rationnelle à l'impression d'incertitude qu'elles peuvent ressentir. Il ne s'agit là, bien sûr, que d'esquisses d'hypothèses, en réponse aux résultats de cette enquête dont le caractère massif et parfois novateur ne manquera pas de susciter les approfondissements et les travaux de recherche susceptibles de fournir de nouvelles hypothèses et de proposer de nouvelles grilles d'analyse.

Sur ce thème, voir
R. Rochefort,
**Malgré les progrès
de la médecine, la
maladie grave fait
de plus en plus
peur,**
*Consommations et
modes de vie*, n°51,
31 Août 1990

Cette étude peut être consultée dans son intégralité auprès du service documentation du Haut comité de la santé publique.