

La construction sociale de la perception de la

En 1992 et 1997, deux enquêtes commandées par le HCSP ont été réalisées par le Crédoc pour connaître la perception que les Français ont de leur santé.

Pierre Le Quéau
Responsable du département « évaluation des politiques sociales »
Christine Olm
Chargée d'études et de recherches
Crédoc

Il en est du 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 volontaire [1]. 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 appréciation des données recueillies directement auprès du

public, en particulier dans le champ de la santé.

L'interprétation sociale de la maladie

L'enquête sur la « Perception de la santé en France » réalisée pour le Haut Comité de la santé publique, n'échappe certainement pas, dans un premier temps au moins, à ce type d'interrogation [2]. 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* » [3]. Deux

santé

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 [4] de l'esprit sur le corps, indissociable de la connaissance que chacun fait par ailleurs de sa réalité quotidienne.

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'avère 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, tels 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* » [5]. 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.

La « variabilité » de la perception de la santé

Chacun entretient une idée, ou une « nome », 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 (figure 1).

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 (figure 2).

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 quotidienne [6]. L'écart que l'on peut ainsi mesurer par rapport aux catégories les plus élevées, est remarquable (figure 3).

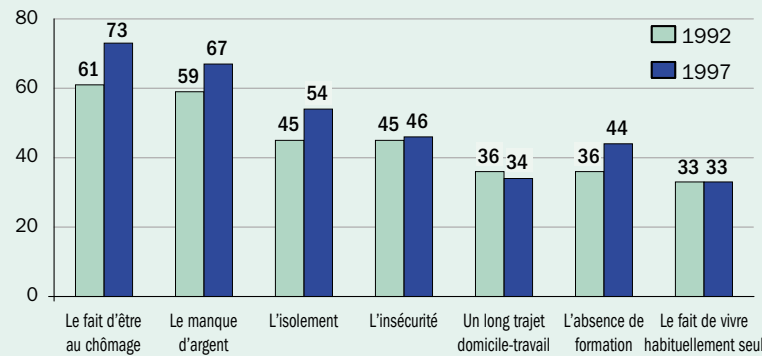
Dans le même registre, on peut noter que l'effet du chômage sur la perception de la santé est patent : 6 % des actifs occupés, seulement, se déclarent insatisfaits de leur état de santé, alors que 17 % des demandeurs d'emploi expriment la même opinion. 28 % des chômeurs interrogés, par ailleurs, déclarent 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 d'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 1).

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 sanitaire 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 dif-

figure 1

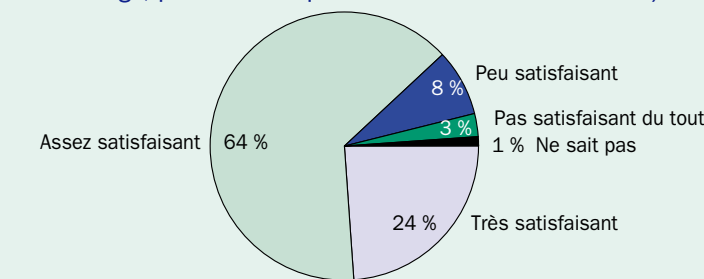
Évolution du rôle des conditions de vie (« les problèmes suivants jouent-ils un rôle, d'après vous, sur l'état de santé ? »)



Source Crédoc-HCSP, 1997

figure 2

Perception de la santé (en pourcentage ; « par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est... ? »)



Source Crédoc-HCSP, 1997

tableau 1

Évolution de la perception de la santé, du point de vue de la gêne dans la vie quotidienne (proportion des personnes non limitées dans leur vie quotidienne)

	1992	1993
Actifs occupés dont	45	47
– Cadres	48	53
– Ouvriers	49	38
Chômeurs	41	29
Inactifs (hors retraités)	38	38

Source Crédoc-HCSP, 1997

ficultés 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.

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. Elle croît donc à mesure que la « prévalence » de ces handicaps augmente elle aussi, justement. La proportion des moins de 30 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 (figure 4).

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 [7] (figure 5).

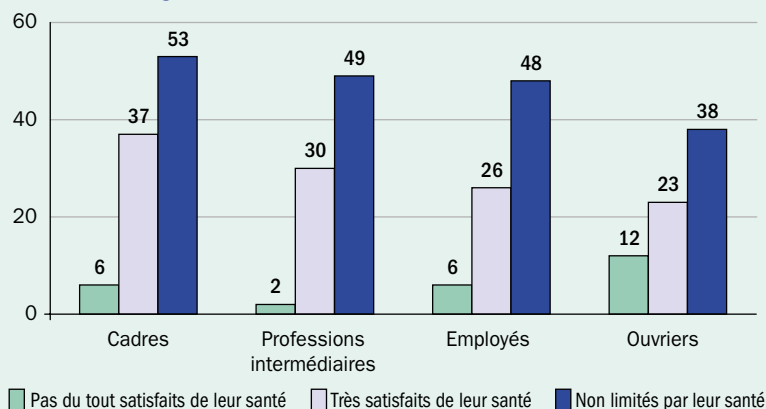
Pour compléter cette approche de la norme, et comprendre à quoi tient cette relative moindre exigence, il faut la relier à une donnée plus qualitative, explicitant les conceptions sous-jacentes de la santé. Une question posée dans des termes identiques en 1992 et 1997 permettait en effet de mesurer l’adhésion des personnes in-

terrogées 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

figure 3

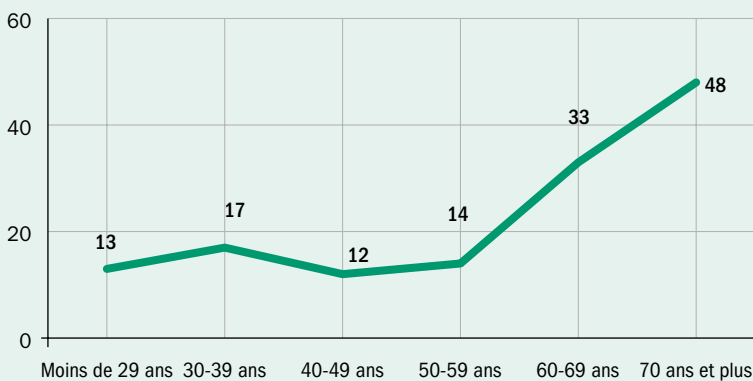
Perception de l’état de santé et handicaps, selon la CSP (en pourcentage)



Source Crédoc-HCSP, 1997

figure 4

Personnes satisfaites de leur état de santé bien que limitées pour effectuer des gestes quotidiens, selon l’âge (en pourcentage)



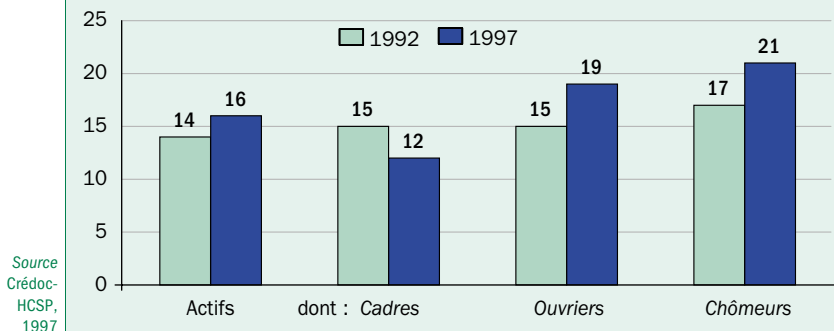
Source Crédoc-HCSP, 1997

les deux vagues d'enquêtes. 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 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 30 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. À 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 [8]. Parmi les couches les plus aisées, en d'autres termes, la santé renvoie donc à

figure 5

Personnes satisfaites de leur état de santé bien qu'étant limitées pour effectuer des gestes quotidiens, selon la situation par rapport à l'emploi (en pourcentage)



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. Cette proposition rejoint d'ailleurs celle qu'avaient faite C. Herzlich et M. Mauge, en leur temps : « Dans les sociétés industrielles développées, au contraire de celles du tiers-monde pour lesquelles la notion de santé demeure proche de celle de survie, la santé s'inscrit parmi la pluralité des systèmes de signification grâce auxquels nous nous représentons le monde dans lequel nous vivons (...). Pour l'individu, et d'autant plus qu'il appartient à une catégorie sociale élevée, la santé s'inscrit dans la thématique de l'expression libre et de la réalisation de soi ».

C'est sans doute dans ces éléments de représentation qu'on peut trouver le prin-

cipe 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 large et complexe qui émerge, impliquant le rapport au travail, à la famille, etc. Cet habitus, autrement dit, enraciné dans l'expérience collective, informe les jugements et les aspirations individuels, c'est-à-dire ce que nous avons appelé l'horizon des attentes que chacun peut nourrir, notamment à l'endroit de sa santé, mais détermine plus largement un rapport global du sujet à l'égard de l'institution médicale (les comportements et pratiques sanitaires). De ce point de vue, la prise en compte de la perception de la santé fournit certainement les éléments d'une meilleure compréhension des données descriptives de l'état de santé de la population française.

De plus, l'aperçu de ce principe de structuration que nous avons proposé, certes limité puisqu'il aurait fallu multiplier les approches différentielles (selon le sexe, l'âge, l'environnement familial, etc.), impose d'emblée une vision plurielle de la perception de la santé. Mais, quoiqu'il en soit, l'intérêt de l'étude des perceptions de la santé est aussi de pouvoir mettre à jour ces cadres dont on voit bien qu'ils peuvent déterminer, comme un facteur facilitant ou bien comme un frein, la réception d'une politique de prévention ou d'incitation au changement des comportements. Elle peut donc légitimement prétendre à constituer un volet à part entière de l'évaluation des politiques sanitaires. ■

bibliographie

1. Karl Mannheim : *Idéologie et utopie*, Paris, M. Rivière & Cie, 1956.
2. Enquête réalisée en 1992 et 1997 par le Crédoc 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, Crédoc, Collection des rapports, n° 185, janvier 1998.
3. C. Herzlich et M. Mauge : *Le sens du mal*, Paris, éd. des Archives contemporaines, 1984.
4. En allemand, *Handeln* : activité, saisie.
5. M. Maffesoli : *La connaissance ordinaire*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1985.
6. Ce constat est établi « à structure d'âge équivalente ».
7. Ce constat est établi « à structure d'âge équivalente ».
8. 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 ».