

LA SANTE : UN SOUCI DE L’ENTOURAGE

Alexis FERRAND

Professeur émérite en sociologie à l’Université Lille1, membre du laboratoire
Centre Lillois d’Etudes et de Recherches Sociologiques et Economique UMR8019
Lille : CLERSE, (2013)

Pré enquête destinée à tester quelques questions sur la « Surveillance Relationnelle de la Santé ».
Contribution au contrat de définition intitulé « *Ce que renoncer à des soins veut dire* (CERESO) » piloté par **Philippe Warin** (Grenoble CNRS PACTE).

Ch.1 : Les processus de « Surveillance Relationnelle de la Santé » et les hypothèses que cette enquête permet de préciser.

Ch. 2 : Méthode d’observation.

Ce contrat de définition a bénéficié de l'aide conjointe de la Direction Générale de la Santé (DGS), de la Mission Recherche de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (MiRe-DREES), de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), du Régime Social des Indépendants (RSI), de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), dans le cadre de l'appel à recherches lancé par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) en 2011.

Résumé*La santé : un souci de l'entourage*

Le renoncement aux soins est un problème de santé publique qui invite à examiner les contraintes et les motivations des individus concernés. Nous présentons une démarche originale qui étudie plutôt comment un acteur peut détecter dans son réseau une personne qui renonce à des soins ou même ne s'aperçoit pas d'un problème de santé qu'elle aurait. On définit des hypothèses (inspirées de l'interactionnisme symbolique) sur ces processus de « Surveillance Relationnelle de la Santé ». On discute ensuite le test méthodologique (N=140, classe moyenne supérieure) de quelques questions destinées à être insérées dans une enquête nationale pour observer ces processus. Les résultats montrent que six acteurs sur dix déclarent détecter une personne négligente dans leur entourage, mais seulement deux sur dix interviennent auprès d'elle, principalement à travers un rôle familial. Si ces tendances étaient confirmées, des campagnes pourraient viser à favoriser l'intervention et l'influence des proches sur les personnes négligentes qu'ils ont détectées.

Mots clefs

Santé ; renoncement aux soins ; soutien social ; réseau social ; contrôle social ; soins profanes.

Abstract*Health : a concern for personal environment*

People who neglect treatment raise a major public health problem and researches are done to uncover their constraints and motivations. Here we describe an unusual approach which investigates how one can detect in his/her network a person who neglects treatment or even more ignores his illness. We propose hypothesis (grounded on symbolic interactionism) on process of "Surveillance Relationnelle de la Santé". Then we discuss a methodological test (N=140, upper middle class) of few questions intended to be included in a national survey to study these process. Results show that six out of ten actors answer they detect one neglecting person in their networks, but only two out of ten are involved with it, mostly through a family role. If these trends were confirmed, campaigns could be aimed at promoting the intervention and influence of close acquaintances on the careless people that they have detected.

Keywords

Health ; renouncement of primary care ; social support ; social network ; social control ; care.

Table des matières

1	Les processus de Surveillance Relationnelle de la Santé	4
	<i>Introduction</i>	4
	<i>L'état de santé de l'individu : une construction de l'entourage</i>	4
	Les relations personnelles, le droit d'être malade, l'obligation de santé.	5
	Les personnes négligentes : que sait et que fait donc l'entourage ?	5
	Six acteurs sur dix détectent une personne négligente dans leur entourage	6
	<i>Les processus relationnels de surveillance de la santé</i>	9
	La détection d'une personne négligente	10
	Intervenir	13
	L'attribution d'un problème de santé	17
	<i>Conclusion</i>	18
	<i>Annexes</i>	19
	Tableaux illustratifs	19
	Références bibliographiques	21
2	Méthode d'observation	24
2.1	<i>Présentation de l'enquête « La santé : un souci de l'entourage »</i>	24
2.1.1	Rappel des objectifs de la recherche sur le renoncement aux soins	24
2.1.2	Les hypothèses du test méthodologique	24
2.1.3	La méthode de l'enquête test	25
2.2	<i>Répondre à l'enquête</i>	26
2.2.1	Caractéristiques des répondants-tes	27
2.2.2	Répondants-tes non concernés-es	29
2.2.3	Quels soucis dans l'entourage ?	30
2.2.4	Une personne de l'entourage se préoccupe de la santé de l'acteur	39
2.3	<i>Conclusion</i>	42
2.4	<i>Annexes</i>	43
2.4.1	Remarques des répondants-tes	43
2.4.2	Version améliorée du questionnaire	44

1 LES PROCESSUS DE SURVEILLANCE RELATIONNELLE DE LA SANTE

Introduction

L'état de santé des populations est devenu un des critères d'évaluation du niveau de développement des pays. Dans beaucoup d'Etats démocratiques, le maintien des citoyens en bonne santé et, à défaut, l'accès égalitaire aux soins médicaux sont des objectifs politiques hautement proclamés et parfois même des droits. Dans ces conditions, être malade sans se soigner est une sorte d'infraction au contrat social dont les autorités sanitaires vont rechercher les causes et à laquelle elles tentent de remédier. Dans un pays comme la France, les institutions publiques sont prêtes à reconnaître leur propre responsabilité en généralisant des aides financières (CMU) et en cherchant à améliorer les conditions d'accès aux soins. Cette bienveillance consiste à mettre en pratique des valeurs politiques de solidarité et d'égalité, mais elle correspond aussi à un intérêt collectif bien compris : quelqu'un qui ne se soigne pas a toutes chances de coûter beaucoup plus cher lorsque la maladie sera déclarée incontournable, et, parfois, fait aussi courir des risques à autrui (transmission, contagion, accident..).

Les études statistiques ont, de toute éternité aurait-on envie d'écrire, montré que les pauvres ont plus souvent une pauvre santé, entraînant encore aujourd'hui une *désespérance* de vie des ouvriers de six ans par rapport à des populations mieux loties (Cambois, 2008). Des causes objectives ont été mises en évidence : conditions de travail, d'habitat. Mais les comportements des individus ont aussi été incriminés : alimentation déséquilibrée, hygiène de vie douteuse, non recours aux soins¹. La recherche des déterminants ou des raisons qui poussent des individus à ne pas se soigner s'intéresse principalement aux pauvres et aux précaires (Chauvaud et Al., 2010 ; Després et Al., 2011). Les facteurs financiers jouent clairement un rôle important (Renahy et Al., 2011 ; Boisguerin B. et Al., 2011) mais pas exclusif. Et les chercheurs en sciences sociales sont invités à explorer deux questions importantes : Quelles sont les raisons – en plus ou à côté des contraintes financières - qui poussent des individus à ne pas se soigner, à *renoncer aux soins dont ils savent avoir besoin* ? Quels sont les processus qui font que des individus n'ont même plus conscience d'avoir des besoins de soins, c'est-à-dire qu'ils ne déclarent pas renoncer à des soins alors que médicalement ils en auraient besoin. (Warin, 2010, 2011). Pour répondre à la première question il est possible d'enquêter auprès de populations particulières. Répondre à la seconde question pose des problèmes redoutables car il est complexe d'interroger un individu sur des besoins *dont il n'a pas conscience*. L'analyse présentée ici comporte deux aspects nouveaux : D'une part la validation d'une démarche d'enquête qui examine si *quelqu'un dans l'entourage d'un individu peut s'apercevoir que celui-ci a des problèmes de santé*. D'autre part un essai de cadrage théorique des processus de surveillance relationnels de la santé dont cette démarche d'enquête enregistre les effets.

L'état de santé de l'individu : une construction de l'entourage

L'individu ne vit pas isolé, il est en permanence le terme de différentes relations. Les paradigmes sociologiques considèrent cette insertion relationnelle comme plus ou moins

¹ Par exemple selon l'étude de Moulin et de ses collègues (2005) 15,4% des hommes au RMI déclarent un non recours aux soins contre 5,1 dans la population non précaire, et 6,1% des femmes rmistes contre 2,1.

déterminante. Nous reprenons quelques unes des propositions que l'interactionnisme symbolique a formulées dans le domaine de la santé.

Les relations personnelles, le droit d'être malade, l'obligation de santé.

La santé et la maladie sont des processus physiologiques ou psychologiques, mais elles sont également des constructions sociales. L'individu mobilise des relations pour comprendre si des manifestations corporelles (ou plus rarement affectives) doivent être comprises comme des symptômes de quelque chose. Cette fonction cognitive du réseau personnel est indissociable d'une fonction à la fois symbolique et normative : « être malade » est un nouveau rôle social pour l'individu qui modifie ses rôles habituels. Si des membres de son réseau profane ainsi que des professionnels consultés le reconnaissent « malade », des normes sociales définissent ses droits et ses obligations nouvelles. On peut dire que des relations donnent le droit d'être malade. Et l'interactionnisme symbolique² a mis en évidence que ces réajustements des rôles respectifs de l'individu et de ses différents partenaires *ne fonctionnent pas* de manière automatique, mais se réalisent de façons plus ou moins incohérente et conflictuelle dans la confrontation entre des interprétations divergentes de la situation et des tactiques plus ou moins compatibles. Les relations personnelles ont aussi des fonctions pratiques, cognitives, psycho-affectives, pour lutter contre une maladie déclarée et, parfois, vivre avec elle (Perry, 2012).

Mais ces relations ont aussi des fonctions décisives dans le maintien en bonne santé de l'individu. La notion de « soutien social » a été très tôt mobilisée pour expliquer une partie de la variabilité sociale des états de santé et les prévalences différentielles de certaines pathologies. Le flou de cette notion a aussi été très tôt critiqué (Thoist, 1982). Des publications plus récentes permettent de clarifier les effets variés de différentes insertions relationnelles des individus (Berkman, 2000 ; Ferlander, 2007). Certaines relations aident à être en bonne santé en veillant à ce que l'individu se conforme à ses obligations pour y rester (Parizot et Al., 2004). Dans cet esprit, nous avons analysé comment les confidents en matière affective et sexuelle peuvent aider l'individu à adopter des normes préventives face au VIH (Ferrand, Mounier, 1998). On avait également envisagé comment un réseau de relations interpersonnelles peut surveiller les comportements sexuels de ses membres et, au besoin, sanctionner des pratiques « à risque » de transmission du VIH (Ferrand Snijders, 1997)

Les personnes négligentes : que sait et que fait donc l'entourage ?

Aujourd'hui nous examinons un processus analogue mais en limitant la focale au réseau personnel d'un acteur pour examiner si certaines relations lui permettent de repérer un partenaire qui néglige sa propre santé à des degrés divers. Dans un premier temps nous montrons qu'il est possible d'observer ce processus grâce à une enquête par questionnaire dont nous avons testé les modalités. Après la présentation de résultats bruts, nous formulerons quelques hypothèses sociologiques sur ce processus de surveillance.

Nous distinguons deux *situations typiques* d'un individu qui néglige sa santé. Dans la première l'individu est supposé savoir qu'il a un problème de santé et le quel. Il sait aussi ce qu'il *devrait* faire pour améliorer son état, pour se soigner, mais il ne le fait pas. Il néglige son régime, son traitement ou ses visites à des soignants. Nous dirons qu'il est dans une situation de *renoncement aux soins*. Dans la seconde situation l'individu est supposé ne même pas s'apercevoir qu'il a un problème de santé qu'un membre de son entourage est cependant

² Ces lignes sont largement inspirées par la troisième partie de l'ouvrage d'Eliot Freidson, *Profession of Medicine*, (1970), traduction française *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

capable de *détecter*. Celui-ci réaliserait donc le *diagnostic profane d'un problème de santé non perçu par l'individu*. Nous dirons alors que l'individu est en situation de *déni d'un problème de santé*. Nous employons le terme de *déni* car nous postulons que l'individu a toujours une part, *fréquemment non consciente*, dans l'occultation de tout signal d'un mal être.

Dans la suite de cet article nous emploierons les termes suivants : Les individus dans ces deux situations seront des *personnes*. Ensembles ces personnes constituent la catégorie des *négligents*. Nous ne nous intéressons pas directement aux personnes négligentes mais à des gens quelconques susceptibles d'en connaître au moins une. Nous appellerons ces gens des *acteurs* car c'est à eux qu'il revient de détecter l'existence éventuelle de personnes négligentes et d'intervenir auprès d'elles.

Ce renversement de perspective constitue l'originalité de la démarche. Il est possible d'enquêter auprès de personnes qui renoncent à des soins si la qualité de l'interviewer fait qu'elles acceptent de reconnaître qu'elles sont dans cette situation. Par contre il est logiquement impensable d'enquêter une personne en situation de déni (elle ne le sait pas) sauf si elle a été sélectionnée à la suite d'un diagnostic médical révélateur (Dauphinot et Al., 2008). En enquêtant des acteurs qui surveillent peu ou prou ce qui se passe autour d'eux, on découvrira ce que sait et ce que fait l'entourage des personnes négligentes. Dans cet esprit nous avons réalisé une pré-enquête auprès de *membres des classes moyennes supérieures* (81% de cadres et professions intellectuelles supérieures. N=140). Nous n'insistons pas sur sa méthodologie, ses avantages et ses limites, qui sont présentés dans le second chapitre.

Six acteurs sur dix détectent une personne négligente dans leur entourage

L'objectif final étant de savoir si un module concernant la surveillance relationnelle de la santé pourrait être intégré dans une enquête générale sur ce thème, il convenait de limiter strictement le nombre et la complexité des questions posées. Nous n'avons pas envisagé une observation du réseau personnel des répondants-tes. Nous avons seulement testé la possibilité d'utiliser « *un générateur de nom*³ » très particulier et très limitatif puisque chaque acteur ne pourra citer qu'*une seule personne*. Il était présenté et formulé dans les termes suivants :

Tableau 1 : Fréquence de détection d'une personne négligente (renoncement ou déni)

« Parmi les adultes que vous connaissez, il y a sans doute des personnes qui s'occupent beaucoup de leur santé, et d'autres qui n'y font pas du tout attention. Vous pouvez penser à vos collègues, à des membres de votre famille, à vos amis, ou à d'autres connaissances.

Parmi ces adultes que vous connaissez avez-vous remarqué une personne qui ne s'occupe pas de sa santé d'une des manières suivantes :	N	%
Je n'en connais aucune qui ne s'occupe pas de sa santé	59	42%
J'en connais au moins une qui ne s'occupe pas des problèmes de santé qu'elle connaît. [= renoncement aux soins]	69	49%
J'en connais une qui ne s'aperçoit pas des problèmes de santé qu'elle a. [= déni d'un problème]	12	9%
Tous répondants-tes	140	100%

Ainsi 58% des répondants-tes ont repéré au moins une personne négligente dans leur réseau. Ce qui suppose a) vraisemblablement (mais pas nécessairement) l'existence dans l'entourage d'une personne dont les caractéristiques individuelles offrent prise à un jugement de « négligence » ; b) la capacité de l'acteur de *repérer* ces caractéristiques du fait soit de dispositions individuelles (attention aux autres, souci la de santé, etc.) soit d'opportunités relationnelles (l'acteur entretien des relations qui permettent de percevoir des problèmes de santé chez autrui). Evidemment cette proportion dépend de l'extension de l'entourage des

³ Pour les méthodes d'enquête sur les réseaux personnels, voir Ferrand et De Federico, 2006.

acteurs : ceux dont le réseau est composé de trente personnes ont deux fois plus de chances de repérer au moins un négligent que ceux dont le réseau comporte quinze personnes⁴.

Mais le fait important est que ce type de question est accepté par les répondants-tes. Or plusieurs obstacles pouvaient limiter la tendance à répondre : a) le caractère surprenant de questions qui portent sur autrui et non pas sur soi même ; b) le caractère normativement négatif et stigmatisé des deux situations évoquées : en détectant ces personnes, l'acteur avoue avoir dans son réseau de drôles de gens, et, à la limite, des inconscients. Nous considérons ce résultat comme tout à fait important parce qu'il montre que le processus de surveillance par l'entourage existe et peut être observé.

De plus, nous considérons que les 49% d'acteurs qui disent détecter une personne qui renonce aux soins valident les 9% qui disent détecter une personne en situation de déni d'un problème de santé : dit familièrement « il fallait oser » donner cette seconde réponse assez bizarre, alors que l'item précédent était beaucoup moins engageant. Au sein du processus de surveillance, ce résultat montre *la possibilité étonnante du diagnostic profane d'un problème de santé inconnu de la personne*.

On demandait ensuite aux 81 répondants-tes qui ont détecté une personne négligente de dire, parmi 11 « *problèmes de santé* », lesquels la concernaient⁵. Les répondants-tes ont attribué en moyenne 1,8 problèmes à celles qui renoncent à des soins et 1,3 à celles en situation de déni de maladie. Ce qui suggère que les acteurs n'ont pas une vague appréhension relative à la santé de la personne envisagée, mais qu'ils sont au contraire capables d'attribuer des problèmes de santé différenciés à ces personnes.

Tableau 2 : Fréquence de chaque type de problème de santé attribué aux personnes.

<i>Selon vous quels sont ses problèmes ? Indiquez les problèmes de santé dont cette personne ne s'occupe pas ou dont elle ne s'aperçoit pas. Vous pouvez indiquer plusieurs problèmes.</i>	N	% sur 81 acteurs
<i>Consommation excessive d'alcool, de psychotropes, de tabac, de drogues</i>	28	35%
<i>Problèmes psychologiques, dépression, violence</i>	19	23%
<i>Problèmes respiratoires, pulmonaires,</i>	16	20%
<i>Problèmes dentaires</i>	15	19%
<i>Problèmes articulaires, osseux</i>	14	17%
<i>Problèmes de diabète, cholestérol, obésité, anorexie</i>	13	16%
<i>Problèmes de vue</i>	10	12%
<i>Problèmes cardiaques ou vasculaires</i>	10	12%
<i>Problèmes de surdité</i>	9	11%
<i>Problèmes de cancer</i>	4	5%
<i>Problèmes gynécologiques, MST, urologie, érection</i>	4	5%
<i>Autres</i>	2	2%
Nombre total de citations pour 81 répondants-tes (m=1,8)	144	

Sous ensembles des 81 acteurs ayant cité une personne négligente.

Multi-réponses, donc le total des citations (144) est supérieur au nombre d'acteurs (81) et le total des pourcentages est supérieur à 100.

Les problèmes d'addictions et les problèmes psychologiques sont attribués par un tiers et un quart des répondants-tes (35% et 23%). Mais cette prédominance n'efface pas d'autres problèmes qui sont attribués par dix à vingt pourcents des acteurs. Ces imputations ne semblent pas répondre à des effets « de mode » dans cette population très informée par les media. Et la très faible citation des problèmes de cancer est due au fait qu'il est rare qu'une personne ne s'occupe pas de son cancer, et encore plus rare qu'un tiers sache que la personne a un cancer dont celle-ci ignorerait l'existence.

⁴ Ainsi ce résultat ne signifie absolument pas qu'il y aurait dans la population 58% de personnes négligentes.

⁵ Liste que j'ai dérivée de l'enquête IRDES ESPS 2008.

Enfin nous avons cherché à savoir si l'acteur intervient vis-à-vis de la personne négligente, et de quelle manière, en posant la question suivante :

Tableau 3 : Fréquence de déclaration de chaque type d'intervention

(Plusieurs interventions possibles pour la même personne négligente)

Qu'avez-vous fait vis à vis d'elle au cours des 6 derniers mois ? Plusieurs réponses possibles	N	% sur 81 acteurs
<i>Vous lui avez dit que vous vous faisiez du souci pour sa santé</i>	43	53%
<i>Vous lui avez donné des conseils précis pour sa santé</i>	29	36%
<i>Vous avez parlé avec quelqu'un qui peut lui donner des conseils</i>	23	28%
<i>Vous n'avez rien dit parce que cela ne servirait à rien</i>	9	11%
<i>Vous n'avez rien dit parce que c'est son affaire</i>	5	6%
<i>Nombre d'interventions citées par 81 répondants-tes (m=1,3)</i>	109	

Sous ensembles des 81 acteurs ayant cité une personne négligente.

Multi-réponses, donc le total des citations (109) est supérieur au nombre d'acteurs (81)
et le total des pourcentages est supérieur à 100.

Nous supposons que la réponse « *Vous lui avez dit que vous vous faisiez du souci pour sa santé* » correspond à une intervention de l'acteur plutôt facile, peu « coûteuse » en termes relationnels. C'est dans cet esprit que l'item a été formulé pour englober toutes ces discussions où le « souci » est une marque d'attention et de sympathie plutôt que d'inquiétude profonde. Comme on le constate cette intervention facile est la plus fréquente, citée par 53% des acteurs. Par contre la réponse donner « *des conseils précis pour sa santé* » décrit une intervention nettement plus engageante pour l'acteur car il doit faire preuve d'une connaissance plus approfondie du problème de la personne. Or, parmi les acteurs qui ont détecté une personne négligente, seulement quatre sur dix ont déclaré donner des conseils précis (36%). On découvre que les répondants-tes de ce petit échantillon sont peu nombreux à avoir une intervention interpersonnelle forte à l'égard de cette personne.

Plus surprenant encore trois acteurs sur dix utilisent un moyen détourné en « *parlant à quelqu'un qui pourrait donner des conseils* » à la personne (28%). Ce résultat est tout à fait important parce qu'il indique la possibilité d'une « *triadisation* » fréquente du problème de santé de la personne, c'est-à-dire d'une intervention qui n'est plus seulement interpersonnelle (dyadique) mais *structurale*, c'est-à-dire conditionnée par les relations entre différents membres de son réseau.

Enfin, un acteur sur dix « *n'a rien dit parce que ca ne servirait à rien* » (11%). et un sur vingt « *parce que c'est son affaire* » (6%). Deux fois plus d'acteurs justifient leur absence d'intervention par une absence d'influence que par une absence de légitimité. Ce fait, s'il est confirmé par une enquête large, est également crucial car il indique que les acteurs regardent autour d'eux parce que la santé de leur entourage « les regarde ». Il semble bien qu'intervenir est le plus souvent légitime, même si, comme on l'a vu, ceci se traduit le plus fréquemment par des interventions faibles (*se faire du souci*).

Ces quelques résultats de la pré-enquête auprès de membres des classes moyennes supérieures peuvent être résumés à gros traits en reprenant maintenant pour base *l'ensemble des répondants-tes* (n=140). Cinq sur dix détectent une personne qui renonce à des soins, auxquels s'ajoute un sur dix qui détecte une personne en situation de déni d'un problème de santé. Les uns et les autres se sont formé une idée assez précise des problèmes de santé de ces personnes. Par contre ils ne sont que deux sur dix à s'engager personnellement en donnant « *des conseils précis* ». L'écart entre la détection d'un problème et l'intervention suggère que la surveillance relationnelle de la santé n'est pas simplement une composante du *care*. C'est

un rapport spécifique entre l'acteur et la personne qui implique *ou n'implique pas* l'engagement dans une forme quelconque d'intervention et, plus lourdement, de prise en charge. Enfin plus d'un acteur sur dix (16%) déclare mobiliser un tiers pour intervenir sur la personne : dans ces cas de « triadisation » ce sont des propriétés structurales du réseau où sont inscrits l'acteur, le tiers, et la personne qui sont les facteurs importants et non plus les caractéristiques d'une relation dyadique entre l'acteur et la personne.

Les processus relationnels de surveillance de la santé

Nous allons maintenant examiner des interprétations sociologiques des faits qui viennent d'être présentés. Nous situons ces interprétations dans le cadre d'un *paradigme relationnel* : l'analyse concerne les relations qui permettent ou qui ne permettent pas la détection d'une personne négligente et une intervention vis-à-vis d'elle. Les contenus et les formes des relations peuvent être soumis à trois modes de régulation qui impliquent des facteurs explicatifs situés à des niveaux différents (micro, méso, macro social) et qui sont plus ou moins généralistes vs particularistes (Ferrand, 2007). Nous ne présentons pas les hypothèses les plus sophistiquées pour expliquer ces faits, mais les hypothèses les plus adéquates aux données empiriques qui peuvent être facilement collectées. On privilégie donc « *la régulation catégorielle* » par des normes générales car un module limité dans une enquête par questionnaire ne peut observer en détail ni les réseaux personnels de l'acteur et de la personne, ni l'histoire spécifique de la relation qui les unit. On ne peut rendre compte ici que des inflexions générales que la pression des rôles exerce sur les pratiques et non des particularités de ces pratiques seulement explicables à des niveaux plus limités de la vie sociale.

Deux rôles relationnels

Nous retenons deux types de rôles qui induisent des clivages structuraux majeurs.

a) *Les rôles des femmes et les rôles des hommes* : On sait que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes pratiques de santé. Mais des travaux ont aussi montré que ces pratiques sont largement constituées par des relations entre des femmes et des hommes, les premières se voyant souvent assigner la prise en charge des seconds. On examinera donc les quatre types de combinaison des genres entre un acteur et une personne.

b) *Les contextes*. Les relations sont inscrites dans des contextes sociaux et orientées par des normes différentes selon qu'il s'agit de relations familiales, entre collègues, entre camarades de loisirs, ou autres. Ces rôles relationnels impliquent des interactions qui permettent plus ou moins de laisser voir des problèmes de santé et donnent plus ou moins la possibilité d'intervenir.

Détection, attribution, intervention.

Ces types de rôles seront utilisés pour formuler des hypothèses capables d'expliquer la surveillance relationnelle de la santé qui peut être décomposée en trois moments :

- a) En premier un acteur *détecte* dans son entourage une personne qui présente certaines anomalies dans le registre des signes corporels, des attitudes et des comportements de santé.
- b) En second lieu l'acteur *interprète* des comportements, des faits, des propos, de cette personne et va lui *attribuer* un problème de santé particulier. Et il va juger si cette personne tient correctement son rôle de malade, c'est-à-dire « fait ce qu'il faut ».
- c) En troisième lieu l'acteur peut (ou non) tenter *d'intervenir* auprès de la personne s'il juge qu'elle « ne fait pas ce qu'il faut ».

Ces trois moments doivent être distingués pour des raisons analytiques : ils soulèvent chacun une ou deux questions particulières. Dans les dynamiques relationnelles réelles ils forment vraisemblablement des moments interdépendants avec des effets d'anticipation et des effets

de rétro-action. Nous examinerons d'abord la détection, puis l'intervention, pour en comparer les dynamiques. Nous traiterons ensuite l'attribution des problèmes spécifiques de santé.

La détection d'une personne négligente

On peut penser que la détection par l'acteur d'une personne négligente est souvent le résultat d'un processus comportant des tensions, des dissimulations, et des évitements parce que la *négligence est une déviance* : ne pas se soigner ou ne pas s'apercevoir d'un problème de santé sont des situations anormales. Les interactions peuvent prendre des tournures variables : D'un côté l'acteur peut rechercher activement des indices de bonne et mauvaise conduite en matière de santé chez certains membres de son entourage ou bien il peut faire de cécité vertu et « fermer les yeux ». De l'autre côté une personne de son entourage peut à tout prix lui dissimuler son inconduite et sa déviance⁶ ou, au contraire, la laisser voir (si elle en a conscience). Les différents types de confrontation entre les tactiques des acteurs et celles des personnes font varier les chances qu'une négligence soit détectée dans des relations.

Des rôles sexués sont la combinaison formée par les rôles des deux partenaires de la relation : une relation où une femme surveille une femme [F→F] est évidemment différente d'une relation où une femme surveille un homme [F→H] ; et, comme la relation est orientée, cette dernière combinaison est différente de la combinaison [H→F]. Pour simplifier, on peut dire qu'il y a dans la population adulte autant de femmes que d'hommes et s'il n'existait aucun effet du genre, on devrait trouver une proportion égale de chacune des combinaisons.

Parmi les 89 femmes et les 51 hommes qui ont répondu à l'enquête, les proportions de celles et ceux qui ont détecté une personne négligente sont à peu près identiques (respectivement 48+11= 59% et 51+4= 55%).

Tableau 4 : Fréquence des situations détectées selon le sexe des acteurs

Sexe de l'acteur	Situation détectée chez la personne						Toutes	
	Renonce aux soins		Deni d'un pb. de santé		Aucun Pb.			
	%	N	%	N	%	N	%	N
Femme	48	43	11	10	40	36	100%	89
Homme	51	26	4	2	45	23	100%	51
Tous	49	69	9	12	42	59	100%	140

Des hommes ont moins répondu⁷, mais ceux qui ont répondu font preuve de la même capacité à détecter une personne négligente que les femmes qui ont répondu. Il faudra garder en mémoire ce constat. La confirmation éventuelle de cette similitude de *vigilance* des hommes et des femmes qui répondent à l'égard des événements de santé dans leurs réseaux invitera à contrôler si leurs non réponses respectives résultent de processus également similaires. La question est d'évaluer si les non réponses à un module de ce type sont fortement liées à son contenu précis ou bien résultent d'attitudes générales à l'égard des enquêtes.

⁶ Comme l'indique Ervin Goffman à propos des stigmates non visibles : « *Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer, la dire ou ne pas la dire,... à qui, comment, où et quand* ». (1962, 1975, p.57). En amont de la négligence, c'est parfois la maladie elle-même qui est dissimulée (Schelley et Al 1995 ; Pierret 2007)

⁷ Les premiers contacts ont visé un tout petit peu *plus* d'hommes que de femmes (55% contre 45%).

Tournons nous vers les personnes négligentes qu'ils - et qu'elles - ont citées : on y trouve 63% d'hommes et 37% de femmes. Précisons ensuite les combinaisons des rôles sexués des relations qui ont permis de les détecter⁸ : il y a 35 relations [F→H], mais seulement 17 relations [F→F], et les relations citées par des hommes sont réparties de manière plus équilibrées entre les deux combinaisons [H→H] (n=15) et [H→F] (n=12). C'est-à-dire qu'il y a beaucoup plus d'hommes cités parmi les personnes négligentes, et c'est principalement parce que les femmes citent beaucoup plus souvent des hommes que des femmes. Ces faits suggèrent l'existence de *deux régimes sexués de détection* : l'un masculin détecte de manière équilibrée des femmes et des hommes, l'autre, féminin, détecte deux fois plus souvent des hommes que des femmes. Ces combinaisons de rôles pourraient donc être fortement marquées par des prescriptions sociales de surveillance de la santé.

Selon les contextes sociaux les rôles généraux de femmes et d'hommes deviennent des rôles plus spécifiques de mères et de pères, de collègues, d'amantes et d'amants, de camarades, etc. Une même relation peut comporter plusieurs de ces rôles, et la sociologie considère que la spécialisation des relations ou au contraire leur polyvalence est une caractéristique distinctive importante⁹. C'est pourquoi les enquêtes autorisent plusieurs réponses, comme nous l'avons fait, mais l'étroitesse de l'échantillon nous a obligés à réduire les combinaisons en ne qualifiant chaque relation que par un rôle dominant¹⁰. Les relations de surveillance sont massivement situées dans le contexte « *ménage* » (par 53% des acteurs) et sont définies par « *partenaire sexuel, confident-e* » par 20% des acteurs. Les combinaisons de rôles sexuels qui viennent d'être évoquées sont donc massivement des rôles situés dans le contexte de la famille et du couple : il ne s'agit ni de collègues, ni de camarades de loisirs ou d'association, ni de simples amis ou connaissances.

Maintenant il faudrait comprendre pourquoi les femmes détectent-elles deux fois moins de femmes que d'hommes ? Parce que les femmes seraient « objectivement » deux fois moins nombreuses que les hommes à négliger leur santé ? Sans doute pas car leur taux de renoncement à des soins pour raisons financières est au contraire significativement plus élevé que celui des hommes : 19,8 contre 13,0 (Irdes, 2008). Cette hypothèse est également sujette à caution si on considère une autre dimension des rôles sexués : selon les scènes d'interaction et les combinaisons des genres il existe soit une obligation absolue de sauvegarder une « face » présentable soit une tolérance plus ou moins grande à l'égard du dévoilement d'une faiblesse. L'hypothèse serait que, dans le contexte domestique, les hommes ont le droit de donner à voir leurs problèmes de santé plus que les femmes qui, en public comme en privé, sont dans l'obligation « d'assurer », de faire bonne figure et de tenir le coup. Plus largement, comme l'indique Marcel Druhle « *les rôles d'épouse et de mère ne sont pas de ceux qui portent à 's'écouter* » (1996, p.229). Et il serait possible de généraliser cette interrogation en inventoriant tous les contextes d'interaction qui permettent de manières différentes d'un côté aux femmes et de l'autre aux hommes de « baisser la garde » de laisser apparaître des signes de mal être facilitant la détection d'un problème.

Indépendamment des pressions normatives qui viennent d'être évoquées, un *effet pratique* des contextes d'interaction et des combinaisons de rôles peut aussi exister : selon les problèmes de santé, il faut que l'acteur accède à des informations plus ou moins intimes, parfois corporelles, peu dévoilées dans la vie quotidienne. Et seuls certains rôles créent des conditions pratiques de visibilité de ces indices corporels ou comportementaux. Les relations sexuelles et de confiance entre amis-es proches, par principe pourrait-on dire, permettent des échanges

⁸ A titre d'illustration, les chiffres sont présentés dans le tableau 5 en annexe.

⁹ En effet la spécialisation traduit au niveau micro une organisation macro sociale spécialisée et segmentée (cf. Hannertz, 1980)

¹⁰ Les principes de recodage sont présentés en annexe avant le tableau 5.

sur des aspects de la vie personnelles qui ne doivent pas être dévoilées en public (Ferrand, 2007). Elles peuvent d'un côté permettre à une personne d'avouer des problèmes de santé, et éventuellement, des faiblesses dans la réaction à ces problèmes, de l'autre côté permettre à l'acteur d'accéder à des informations qui, sans évoquer directement un problème, ne lui permettraient pas moins de « soupçonner quelque chose ».

La *fréquence* des contacts ne facilite pas forcément la détection d'une négligence car des rencontres régulières peuvent conduire par accoutumance à ne pas percevoir des changements progressifs alors que des contacts espacés créent une surprise lors d'une nouvelle rencontre. Toute relation où la personne est amenée à présenter son corps ou à afficher ses performances en présence de l'acteur, que ce soit dans l'évidence d'un cadre sportif¹¹ ou dans ces épreuves imprévisibles que réserve la vie quotidienne (course à pied pour rattraper un retard, stress professionnel, galipettes amoureuses, voyage éprouvant, nuit écourtée, etc) peut aussi faciliter la détection de certains problèmes de santé (mais pas d'autres).

Il faut maintenant préciser les conclusions sociologiques qui peuvent être tirées de ces constats. Si on cherchait à savoir quel type de relation permet *le plus souvent* à un acteur de détecter une personne négligente, alors des résultats bruts de ce type donneraient immédiatement la réponse. Par contre si on cherchait à savoir quel type de relation est *plus prédisposé qu'un autre* à détecter une personne négligente (ce qui est la logique implicite des propositions que nous venons de discuter) alors le raisonnement sociologique serait un peu plus compliqué. Pour montrer qu'une relation familiale aurait plus de chances de détecter une personne négligente qu'une relation amicale il faut pouvoir rapporter les nombres de relations familiales et amicales qui ont permis la détection d'une personne négligente aux nombres de ces relations existantes dans les réseaux personnels des acteurs. Prenons un cas simple : on peut dire que le réseau comporte en général cinq membres de la famille proche et cinq amis proches. Si on observe que les acteurs sont deux fois plus nombreux à citer des relations familiales que des relations amicales c'est parce que des contraintes sociales de rôle feraient qu'ils surveilleraient deux fois plus leurs familles que leurs amis.

Pour rendre un peu plus réaliste cet exercice nous pouvons utiliser les caractéristiques que des habitants de l'agglomération de Toulouse (niveau d'étude Bac+4) ont données à leurs relations (Grossetti, 2002 p.130) et les comparer à celles données par les répondants-tes de la pré-enquête. Si ces répondants-tes ont les mêmes relations que les gens de Toulouse disponibles dans leurs réseaux personnels, alors on constate un processus massif de sur-citation : les relations dans le ménage et avec la famille proche sont deux fois plus souvent citées comme détectant une personne négligente que comme simple relation de sociabilité (64% contre 29%), ce qui indique que ces rôles sont particulièrement capables de détecter des négligences. A l'inverse les amis proches et confidents sont trois fois moins souvent cités pour détecter une personne négligente que comme relation courante du réseau. La définition des « amis » de l'enquête Toulouse est plus ouverte que « amis-es proches, confidents-tes », mais, même avec des items plus similaires, on observerait certainement une sous citation importante¹². Enfin, les relations avec des collègues sont également moins souvent citées que ne le laisserait prévoir leur présence dans le réseau (11% contre 18%).

¹¹ Pour tester ce fait, un item du questionnaire permettait de caractériser la relation acteur-personne comme « *compagnon de sport, de sorties, de vacance* ». Il n'a été cité que par 3 acteurs sur 81 et regroupé ensuite avec le rôle « *simple connaissance* ».

¹² Dans l'ancienne enquête INED de 1990 (Bonvalet, 1993), qui présente l'avantage d'avoir demandé de distinguer les parents proches et les amis proches (formulations identiques à celles du questionnaire de la pré-enquête), les résultats montrent que les cadres supérieurs déclarent un peu plus de 5 parents proches et 4,5 amis proches. Avec cette base de référence la sous citation des amis existerait aussi mais avec une intensité moindre. Mais les autres catégories de relations ne sont pas citées, empêchant une comparaison.

Tableau 5 : Fréquences de citations des différents rôles relationnels dans la pré enquête « Entourage » et à Toulouse.

Rôles relationnels	Fréquences de citation de chaque rôle relationnel	
	Enquête Entourage % (N)	Sociabilité Toulouse % (N)
Epoux, Famille proche, Maison	64% (52)	29% 5,24
Ami-e proche ; Confident-e	15% (12)	42% 7,47
Collègue	11% (9)	18% 3,12
Loisirs ; Association ; Connaissance	10% (8)	11% 2,0
Toutes citations	100% 81	100% 17,8

Nombre de fois où les répondants-tes ont cité chaque rôle relationnel pour caractériser leur relation.

A) Enquête « Entourage » : Sous population des acteurs détectant une personne négligente dans leur entourage (n=81). Les caractéristiques « *Famille proche. Vit à la maison* » et « *Epoux, épouse, partenaire sexuel* » ont été fusionnées pour permettre la comparaison.

B) Pour l'enquête Toulouse les chiffres sont les nombres moyens de citation de chaque type dans la sous population Bac+4. On a attribué 2 citations en fusionnant « *association* » et « *connaissance* »

On peut donc supposer raisonnablement que les personnes négligentes sont le plus souvent détectées dans des relations familiales (cf. ci-dessus : 53% des cas) parce que ces relations sont *invitées le faire (et/ou peuvent pratiquement le faire)* et non parce que ces relations sont nombreuses.

Intervenir

Nous avons postulé que la détection d'une personne négligente est un premier moment dans un processus qui peut comporter différentes suites. Ajoutons que nous limitons la réflexion aux cas où l'entourage n'a pas de pouvoir de coercition sur la personne, c'est-à-dire qu'il ne s'agit ni d'un enfant, ni d'un adulte incapable. Les interventions consistent donc à *tenter de l'influencer*, le plus souvent en lui parlant, en avançant des arguments et des recommandations susceptibles de modifier son comportement. Nous définissons donc l'acteur comme un éventuel conseiller en santé qui, comme on l'a suggéré, aurait certaines raisons de se préoccuper de la santé de la personne et de vouloir amender son comportement. Et ces raisons peuvent le conduire à adopter une des interventions suivantes :

a) Une intervention *faible* dans laquelle l'acteur manifeste qu'il a détecté un problème de santé chez la personne (ce qui est une preuve d'attention à son égard) et fait part de son inquiétude, ce qui implique deux jugements : le problème n'est pas anodin, et la bonne santé de la personne lui tient à cœur. Cependant si l'acteur dit à la personne « *qu'il se fait du souci pour sa santé* », il ne s'engage pas beaucoup. C'est une marque de sympathie dans le jeu de la sociabilité, mais l'effort devrait venir de la personne « *si tu veux me faire plaisir, si tu veux que je ne me fasse plus du souci, occupes toi mieux de ton problème* ». En clair, il s'agit de culpabiliser « *gentiment* » la personne et c'est à la personne de s'engager.

b) Une intervention *forte* qui comporte les mêmes caractéristiques initiales que ci-dessus, mais avec un jugement très différent. Le problème n'est pas anodin, et non seulement l'acteur le connaît bien, mais encore il peut « *donner un conseil précis* » pour y faire face. Il se permet alors d'endosser un rôle de *prescripteur profane* qui suppose essentiellement qu'il dispose d'une compétence pertinente et accessoirement d'une position d'autorité et d'une légitimité évidente à intervenir. Socialement, ce rôle de prescripteur profane peut mettre en question le monopôle médical de diagnostic et de prescription. Il a toujours existé dans les relations interpersonnelles, mais son émergence dans un certain nombre de sites sur le Web est aujourd'hui au centre de polémiques importantes.

c) Une intervention où l'acteur ne s'adresse pas directement à la personne, mais charge un tiers de lui donner des conseils, ce que nous avons appelé une *triadisation* de l'intervention.

Ce processus est à la fois complexe et très intéressant. Vraisemblablement l'acteur anticipe que sa propre intervention serait soit illégitime et inefficace (auquel cas il ne fait rien d'autre que de s'adresser à un tiers) soit insuffisamment efficace et aurait besoin d'être secondée par celle d'un autre acteur (auquel cas il intervient lui-même et demande en plus à un tiers de le faire). L'acteur peut aussi ne pas vouloir prendre le risque relationnel d'une rebuffade de la part de la personne. On peut parler de *mobilisation structurale* de l'entourage car le fait que l'acteur A1 en appel à un autre acteur A2 pour intervenir sur la personne P dépend de la relation [A1-P], principalement étudié ci-dessus, co-dépendante des relations [A2-P] (pourquoi serait-elle plus efficace ou légitime que [A1-P] ?), et de la relation [A1-A2] (pourquoi A1 ferait-il confiance à A2 ?). Et on peut supposer que le fonctionnement de cette triade est plus largement sous la dépendance de la structure du réseau dont sont membres A1, P, et A2. Dans la pré-enquête, nous avons introduit l'item « *Vous avez parlé avec quelqu'un qui peut lui donner des conseils* » de manière très exploratoire et, à vrai dire, sans trop y croire. Mais il a été fréquemment cité !

d) Finalement, bien qu'ayant détecté un problème, l'acteur peut décider de ne rien faire. Et nous retrouvons des raisons qui viennent d'être évoquées. D'un côté il peut penser qu'il n'est pas légitime de faire quelque chose dans la mesure où la santé de la personne ne concerne qu'elle (« *c'est son affaire* »). D'un autre côté il anticipe que toute intervention serait vouée à l'échec et « *ne servirait à rien* » du fait du caractère de la personne, des contraintes qui pèsent sur elles et de ses choix, ou de la nature de la relation qui ne lui donne pas assez d'ascendant sur la personne pour la contraindre à amender son comportement.

Ayant ainsi défini les choix que peuvent faire les acteurs après avoir détecté une personne négligente il faut formuler quelques hypothèses sociologiques sur les conditions relationnelles qui entraînent plutôt telle intervention que telle autre. Pour illustrer ces propositions avec des données de la pré-enquête, nous avons dû en simplifier les résultats.

Interventions

Nous avons réduit les combinaisons possibles des interventions (question à réponses multiples)

Tiers : toutes les interventions qui font au moins appel à un tiers ;

Conseil : toutes les autres interventions qui donnent des conseils ;

Souci : interventions qui mentionnent que l'acteur dit « se faire du souci », sans plus ;

NR, Inutile, Illégitime : les absences d'intervention justifiées par l'inutilité ou l'illégitimité.

Ce nouveau classement des interventions les distribue en trois types cités chacun approximativement par un acteur sur quatre (Cf. tableau 6 en annexe : 28%, 23%, 28%) et le type « *NR, Inutile, Illégitime* » cité par un acteur sur cinq (20%). En première analyse l'idée que la détection puisse être suivie d'interventions variées reste crédible.

Comme on l'a déjà vu, le fait massif est que seulement 23% des acteurs qui ont détecté une personne négligente déclarent avoir « *donné des conseils précis* » pour sa santé (on pourrait rajouter les 10% qui ont donné des conseils mais qui ont aussi fait appel à un tiers et ont donc été classés dans cette catégorie). L'intervention forte n'est donc pas une prolongation nécessaire de la détection, ce n'est qu'une des options ouvertes. Ce serait une hypothèse sympathique mais un peu naïve de croire que tout acteur qui voit un problème serait prêt à agir dessus. Si on veut mobiliser des relations interpersonnelles dans des politiques de santé publique, il conviendrait d'imaginer ce qui, au-delà de la détection d'un problème de santé, pourrait rendre plus fréquent un engagement effectif des acteurs.

Les prescriptions des rôles sexuels offrent des explications possibles. A peu près 30% des femmes donnent des conseils précis contre seulement 10% des hommes. Mais, en plus des prescriptions, les conseils exigent de la part de l'acteur des ressources pertinentes : à la fois la connaissance des solutions appropriées et la légitimité. Ces ressources peuvent être plus

facilement disponibles si une femme s'adresse à une femme qu'à un homme (35% contre 26%). On voit par ailleurs que 37% des relations définies dans la sphère domestique comportent des conseils, alors que celles citées exclusivement avec des partenaires sexuels, confidents-tes ou amis-es proches n'en comportent à peu près pas. On peut imaginer que les femmes conseillères sont principalement inscrites dans des relations familiales (quel que soit leur rôle relationnel précis : épouse, mère, sœur, fille), en ligne avec les travaux qui ont montré que les femmes sont invitées à prendre soin des membres de leurs familles proches, mais aussi de proches sans famille (Cresson, 1995, 2001 ; Petite, 2008). La fréquence des conseils en santé dans les relations familiales peut aussi être comprise comme un écho normatif des contraintes légales générales qui font de la famille proche un espace de solidarité obligatoire.

Globalement trois acteurs sur dix (28%) ont indiqué qu'ils mobilisaient un tiers. Certains objecteront que cette intervention n'en est pas une et que déclarer s'en remettre à autrui n'est qu'une démission élégante. Nous pensons plutôt que, si une enquête large confirmait ce constat, il faudrait amplifier les hypothèses interactionnistes qui mettent la reconnaissance des rôles de bien portant et de malades sous la dépendance de combinaisons complexes de relations plutôt que sous la dépendance de colloques singuliers, qu'ils concernent la personne et un soignant ou la personne et un proche. L'objet de l'analyse n'est plus, comme dans le titre de cet article, la surveillance relationnelle de la santé, mais *les structures relationnelles de surveillance de la santé*, c'est-à-dire les différentes combinaisons de relations qui, assumant des rôles variés et plus ou moins coordonnés, concentrent leurs interventions sur une même personne.

Que pouvons-nous dire de ces structures relationnelles ? Seule une observation approfondie – inenvisageable dans une enquête large par questionnaire – peut rendre compte des structures qui autorisent ces processus de « *contrôle social latéral* » (Lazega et Al., 1995 ; Lazega 2001). A défaut, les régularités connues concernant les réseaux personnels permettent de prévoir une ou deux tendances générales. En effet on sait que les relations familiales, amicales, ou celles avec des collègues forment des sous réseaux plus ou moins denses, et plus ou moins reliés entre eux. Différentes hypothèses peuvent être envisagées : a) La triadisation serait un moyen pour une relation peu capable d'intervenir en matière de santé de mobiliser une relation différente plus efficace. Par exemple : A1, qui est un collègue de P, est peu fondé à se préoccuper de la santé de celui-ci. Il parle alors avec A2, le frère de P, plus légitime et peut-être plus influent, pour lui demander de donner des conseils à P. b) L'intervention triadique supposerait que les deux acteurs A1 et A2 ne soient pas trop connectés à d'autres pour éviter une divulgation d'informations personnelles, et assurer ainsi une forme réticulaire de confidentialité.

On pouvait donc s'attendre à ce que des acteurs reliés à des personnes négligentes par des types différents de relations délèguent plus ou moins fréquemment à un tiers le soin de lui donner des conseils. Espérance déçue : sur le petit échantillon d'acteurs (73 cas documentés) les résultats indiquent que, quel que soit le rôle à travers lequel l'acteur détecte la personne, la fréquence d'appel à un tiers est identique.

Que dire finalement des relations qui conduisent des hommes et des femmes à baisser les bras, à ne rien faire car ils pensent que leur intervention « ne servirait à rien » ou que c'est l'affaire de la personne. Prises ensemble, ces relations concernent 20% des cas. Elles sont plus fréquentes lorsqu'elles concernent un homme : il semble acquis que ces derniers soient plus incorrigibles car les défections sont plus nombreuses à leur égard qu'à l'égard de femmes. Par ailleurs lorsque la personne négligente est connue comme collègue, un acteur sur deux n'envisage aucune intervention, et aucun ne donne des conseils : le monde

professionnel, déjà peu propice à la détection d'un problème de santé (7 relations citées sur 73 acteurs), favoriserait encore moins l'intervention. On sait que tomber malade est mal vu des patrons prompts à suspecter une maladie imaginaire, mais parfois aussi mal vu par la morale professionnelle des salariés eux-mêmes. Mais nous pouvons aussi envisager l'existence en quelque sorte de deux mondes du risque pour la santé qui ne communiqueraient pas ou peu entre eux : un monde domestique par rapport auquel les répondants-tes ont lu le questionnaire, et le monde professionnel qui ne serait le contexte de référence que si le protocole d'enquête l'indiquait explicitement.

C'est le moment de rappeler la spécificité d'une interprétation en termes de rôles relationnels. Chaque personne négligente a dans son réseau des hommes et des femmes, des membres de la famille, des collègues et des camarades d'association ou de loisirs. Situons nous du côté de ces acteurs de son réseau, c'est la même personne concrète qu'ils connaissent les un comme apparentée, d'autres comme collègue ou comme camarade. Ces acteurs ont sous les yeux *la même personne, et cependant ils ne la voient pas de la même manière* ; ils fréquentent la même personne négligente et certains donnent des conseils quand d'autres ne font rien. Ces différences de réactions sont expliquées par le fait que chaque fois la relation entre l'acteur et la personne est différentes et le rôle autorise et/ou oblige à des interactions différentes. L'explication n'est plus dans les particularités (même sociales) des individus mais dans les particularités du *rôle social* qui les unit, ce qui est très différent.

Cela étant acquis, il convient de remarquer que cette explication de certains faits par des normes de rôles n'est qu'un premier apport à la connaissance : il faudrait aussi savoir pourquoi ces normes là existent et se maintiennent (Boudon et Al., 2001), ce que la théorie des rôles n'a expliqué que dans le cadre du fonctionnalisme.

Tout en restant dans le domaine de la sociologie relationnelle que nous avons choisi il serait possible d'explorer deux autres explications que celle en termes de rôles. D'une part en mobilisant une *sociologie de l'acteur rationnel* : un acteur peut avoir de *bonnes raisons* de vouloir qu'une personne de son entourage se porte bien parce que d'une manière directe ou indirecte c'est dans son intérêt (au sens large) : les deux termes de la relation dépendent de diverse manières l'un de l'autre. On a indiqué plus haut que cette hypothèse peut être pertinente pour une maladie transmissible (Ferrand Snijders 1997). Si on veut la généraliser il est possible de supposer qu'un acteur souhaitera la santé d'une personne de son entourage par exemple

- si elle en reçoit des gratifications amoureuses, affectives, ou statutaires importantes ;
- si ses conditions de vie dépendent des ressources de cette personne¹³ ;
- si la personne devenue malade serait une charge quotidienne supplémentaire.

On peut remarquer que toutes ces conditions ont plus de chance d'être réunies dans le cadre de la famille proche.

D'autre part on peut invoquer une *sociologie de l'échange*. Se soucier de la santé d'une personne peut consister à s'acquitter d'une dette. Mais les variantes sont très nombreuses (Ekeh, 1974). La dette s'inscrit dans un échange restreint (la personne s'est occupée de l'acteur auparavant), ou dans une chaîne d'échanges identifiables (l'acteur se soucie de la personne qui s'est soucie de son père) ou carrément dans un échange généralisé (l'acteur se sent concerné par altruisme, car il a lui-même « reçu »). Mais ces variantes supposent des normes de justice (Kellerhals, Modak, Perenoud, 1997), des morales et des conditions de contrôle social différentes. Ces autres interprétations ne sont envisageables que si des

¹³ Sauf lorsque, comme dans les romans, il s'agit d'attendre l'héritage !

informations spécifiques peuvent être demandées à des enquêtés-ées, ce qui suppose des protocoles d'observation spécialement dédiés au test de ces hypothèses.

L'attribution d'un problème de santé

Dans le processus qui va de la détection à l'intervention, l'attribution d'un problème de santé *particulier* à la personne peut être considérée sociologiquement comme une caractéristique décisive.

On a déjà souligné la possibilité remarquable du diagnostic profane d'un problème ignoré par la personne. La pré-enquête suggère un autre fait important : une personne sur deux aurait à faire face à *au moins deux catégories de problèmes*. Si on tient compte de l'extension des onze catégories proposées (plusieurs peuvent contenir des pathologies différentes), on voit que la moitié des répondant-tes ont cité des personnes qui font face simultanément à des difficultés nombreuses. Une ambiguïté du questionnaire a vraisemblablement conduit les acteurs à faire une sorte de *check list* de tout ce qu'ils savaient, plutôt qu'à ne citer que le problème qui serait négligé ou ignoré par la personne. Une enquête large devrait systématiser cette citation de *tous* les problèmes, puis faire mentionner celui (ou ceux ?) qui est délaissé. On observerait ainsi comment la détection d'une négligence peut tenir compte d'une sorte de tableau clinique global de la personne, et on pourrait envisager comment mettre à profit cette connaissance généraliste de l'acteur, et vraisemblablement son attitude compréhensive¹⁴ à l'égard de la personne, pour l'inciter à intervenir auprès d'elle.

Les femmes ont plus cité les problèmes « Consommations excessives et Psycho. » pour des hommes¹⁵ (44%) que pour des femmes (31%) et, à l'inverse, elles citent plus souvent des femmes que des hommes pour les problèmes « Dentaire, Surdité, Vue » (37% contre 27%).

Ces détections différentes selon les genres peuvent être interprétées de deux man  res très différentes. Soit, comme nous venons de le faire, nous supposons que l'acteur est clairvoyant et se forme une idée assez objective des problèmes de la personne¹⁶. Soit on privilégie le postulat d'une construction sociale des problèmes de santé qui invite à formuler des hypothèses sur ce que peuvent être des déviances spécifiquement attribuées à des hommes et à des femmes et qui conduisent à l'*existence paradoxale de déviances normalisées*, c'est-à-dire d'anormalités normales. On pense alors que la surveillance relationnelle détecte autant *ce qui fait problème à l'entourage* que ce qui *est un problème pour la Faculté*. Et il serait plus normal qu'une femme attribue à un homme qu'à une femme des comportements addictifs ou des difficultés psychologiques, et plus normal qu'elle attribue à une femme des problèmes d'audition, de vue, ou dentaires qui affectent la communication et la présentation de soi auxquelles les femmes sont invitées à accorder la plus grande importance.

Nous venons d'envisager ce qui fait que telles relations permettent l'attribution d'un problème de santé, mais il faudrait également examiner dans quelle mesure l'attribution d'un problème de santé justifierait de (ou obligerait à) intervenir de telle ou telle man  re. Les données dont nous disposons n'indiquent rien en ce sens. Mais une telle analyse devrait envisager que l'anticipation par l'acteur des obligations liées à tel problème de la personne peut peser de man  re non consciente sur sa prédisposition à identifier ce problème plutôt que tel autre : il tendrait à voir moins facilement un problème de santé qui risquerait de l'obliger à une intervention lourde.

¹⁴ Au sens français « d'empathie » et anglo saxon « de globalité ».

¹⁵ Voir en annexe les regroupements des types de problèmes et le tableau 7.

¹⁶ Rappelons à nouveau que la fréquence de la détection d'une pathologie chez une seule personne du réseau personnel d'un acteur n'est pas un indicateur de la prévalence de cette pathologie dans la population considérée.

Conclusion

On savait que l'état de santé d'un individu est largement une construction sociale. On vient d'en explorer une dimension particulière : la contribution de certaines relations interpersonnelles à la surveillance permanente des comportements de santé d'un individu. La petite pré-enquête que nous avons réalisée nous montre que les répondants-tes seraient plus nombreux à détecter un problème chez une personne de leur entourage qu'à intervenir réellement auprès de celle-ci. Nous avons suggéré que des normes de rôles peuvent conduire des acteurs à surveiller ainsi des proches et parfois à intervenir. Mais nous n'avons pas examiné si d'autres paradigmes sociologiques pouvaient également contribuer à expliquer ces faits, car ils devraient mobiliser des informations relevant d'enquêtes plus spécifiques que le module limité de quelques questions qui nous a servi de référence.

D'un point de vue scientifique ces propositions définissent le moment où l'acteur relie le choix d'intervenir ou non à la détection d'un problème de santé que la personne néglige. La proportion importante d'acteurs qui n'interviendraient que faiblement invite à considérer que la détection d'une négligence serait un processus social *spécifique* qui précède logiquement le choix d'intervenir ou non et c'est l'existence d'un choix ouvert – donc susceptible d'être influencé - qui fait de ce moment un enjeu en termes de santé publique.

D'un point de vue axiologique, on a vu que les acteurs sont très *peu* nombreux à déclarer qu'ils ne doivent pas intervenir parce que sa santé serait uniquement l'affaire de la personne. Il sera très important de vérifier lors d'une enquête large si la surveillance et l'intervention relationnelles sont ainsi *apriori* légitimes car il peut y avoir débat. Ces processus peuvent être jugés très positifs si la santé est érigée en valeur prééminente. Le jugement change si la liberté et la responsabilité individuelles sont mises en valeurs prééminentes. L'attention bienveillante de l'acteur devient alors la manifestation d'un contrôle social oppressant.

Enfin cette pré-enquête montre qu'avec un nombre limité de question il est possible d'observer des processus de surveillance relationnelle de la santé et d'avoir ainsi *un indicateur sur la détection des renoncements et des dénis*. Il ne s'agit pas d'un indicateur de la prévalence de ces situations car leur détection résulte de processus relationnels socialement conditionnés¹⁷. Cette détection socialement orientée a cependant la qualité majeure pour une politique de santé publique d'être réalisée par des gens dont certains *interviennent* déjà auprès des personnes en situation de déni, et dont d'autres pourraient vraisemblablement être mobilisés sans trop de peine pour se lancer dans un prosélytisme sanitaire auprès des personnes négligentes de leur entourage. Le biais social de leur perception peut avoir pour contrepartie positive une motivation sociale à intervenir qu'il suffirait de stimuler. En cela ce module observe indissociablement un problème de santé publique et une composante de sa solution.

¹⁷ Nous avons suggéré qu'une connaissance sociologique de ces déterminations est envisageable, et si nous pouvions développer cette connaissance nous pourrions en quelque sorte « redresser » la détection pour passer à une estimation de la prévalence des renoncements et des dénis eux mêmes.

Annexes

Tableaux illustratifs

Avertissement : Les tableaux ci-dessous présentent les données de la pré enquête réalisée auprès de 140 individus (membres principalement des classes moyennes supérieures). La faible taille de l'échantillon combinée à l'utilisation de catégories d'analyse assez fines, donc nombreuses, conduisent beaucoup de cases à avoir des effectifs statistiquement insignifiants. Nous utilisons ces chiffres pour suggérer des hypothèses et envisager des processus possibles, et non pour démontrer quoi que ce soit. Pour faciliter la lecture, mais en infraction totale avec les règles de l'art, nous avons indiqué des pourcentages dans des cases avec des effectifs observés de quelques unités.

Simplification des catégories de rôles : Pour observer la « polyvalence » des relations, on permet classiquement de citer plusieurs contextes. Le questionnaire procédait ainsi, mais, vu l'échantillon, nous devons réduire la combinatoire. Nous avons procédé par décisions raisonnablement arbitraires (un peu comme Claude Fischer, 1982).

Ménage : toutes les relations qui comportent au moins « Famille proche, ou vit à la maison ».

Part. sexuel Conf. : toutes les relations qui comportent au moins « Epoux, épouses, partenaire sexuel » ou « Ami-e proche, confident-e », en combinaisons avec n'importe quel rôle, sauf ménage.

Asso. Loisirs : toutes les autres relations qui comportent « Compagnon de sport, de sorties, de vacance » et/ou « Camarade dans des activités, associatives, politiques ou religieuses » et/ou « Simple ami-e, connaissance », combinés avec n'importe quoi, sauf les précédentes.

Collègue : toutes les autres relations qui comportent au moins « collègue ».

Tableau 6 : Fréquence de détection du renoncement et du déni,
en fonction des rôles sexuels et des contextes des rôles relationnels.

Combinaisons des rôles sexuels la relation	Situation détectée chez la personne				Toutes relations		
	Renoncement aux soins		Deni d'un pb. de santé				
	%	N	%	N	N	%	col.
Femme→ Femme	82	14	18	3	100%	17	22%
Femme→ Homme	80	28	20	7	100%	35	44%
Homme→Homme	100	15	0	0	100%	15	19%
Homme→ Femme	83	10	17	2	100%	12	15%
					100%	79	100%
Toutes relations	85	69	15	12	100%	81	
Contextes des rôles Relationnels	%	N	%	N	% col.	N	
Ménage	86 *	37	14	6	100%	53**	43
Part.sexuel ; Conf.	82	14	18	3	100%	20	17
Collègue	100	7	0	0	100%	9	7
Loisirs ; Association	71	5	29	2	100%	9	7
NR						9	7
						100%	81

Les cases du tableau présentent des pourcentages en ligne et les effectifs.

***86** Lire : 86% des relations citées dans la catégorie « Ménage » ont permis de détecter une situation de renoncement aux soins.

53** Lire : 53% des relations ayant détecté une personne négligente sont citées dans la catégorie « Ménage » (53=43/81).

Tableau 7 : Fréquences des différents types d'intervention
selon les rôles sexuels et les contextes relationnels des rôles

	Tiers	Conseil	Souci	NR+ Inutile Illégitime	N
Acteurs	% ligne N	% ligne N	% ligne N	% ligne N	
Femmes	32 17	30 16	21 11	17 9	100% 53
Hommes	21 6	11 3	43 12	25 7	100% 28
Tous	28 23	23 19	28 23	20 16	100% 81
Relations					N
Femme-Fem.	24* 4	35 6	35 6	6 1	100% 17
Femme-Hom.	37 13	26 9	14 5	23 8	100% 35
Homme-Hom.	27 4	7 1	33 5	33 5	100% 15
Homme-Fem.	17** 2	17 2	58 7	8 1	100% 12
Toutes	29 3	23 8	29 23	19 15	100% 79
Relations					N
Ménage	26 11	37 16	23 10	12 5	100% 42
Part.sex. Conf	29 5	6 1	47 8	18 3	100% 17
Asso, Loisirs	29 2	29 2	43 3	0 0	100% 7
Collègue	29 2	0 0	14 1	57 4	100% 7
Toutes	27 20	26 19	30 22	16 12	100% 73

Les cases du tableau présentent des pourcentages en ligne et les effectifs.

Les principes de regroupement des catégories d'intervention ont été indiqués dans le texte.

24* Lire : 24% des répondantes qui ont détecté une femme négligente
ont fait appel à un tiers pour donner des conseils à cette personne

17** Lire : 17 % des répondants qui ont détecté une femme négligente
ont fait appel à un tiers pour donner des conseils à cette personne

Tableau 8 : Fréquences d'attribution de trois groupes de problèmes de santé
selon les rôles sexuels des relations

	Dentaires Surdité Vue	Cardiaque Pulmonaire Diabète	Conso. Excèsive Psycho		
Acteurs	% N	% N	% N	Citations	Acteurs
Femmes	30 18	30 18	40 25	100% 61	52
Hommes	19 6	42 13	39 12	100% 31	27
Tous	26 24	34 31	40 37	100% 92	79
Relations	% N	% N	% N	Citations	Relations
Fem-Fem	37 7	31 6	31 6	100% 19	17
Fem-Hom	27 11	29 12	44 18	100% 41	35
Hom-Hom	20 4	40 8	40 8	100% 20	15
Hom-Fem	18 2	45 5	36 4	100% 11	12
Toutes	26 24	34 31	40 36	100% 91	79

Les cases du tableau présentent des pourcentages en ligne et les effectifs.

Ont été regroupés les réponses aux items :

a) Problèmes dentaires ; Problèmes de surdité ; Problèmes de vue.

b) Problèmes cardiaques ou vasculaires ; Problèmes respiratoires, pulmonaires ; Problèmes de diabète, cholestérol, obésité, anorexie.

c) Consommation excessive d'alcool, de psychotropes, de tabac, de drogues ; Problèmes psychologiques, dépression, violence.

Références bibliographiques

- Berkman L.F., Glass T., (2000), "Social Integration, Social Networks, Social Support and Health", in Berkman L.F., Kawachi (ed.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press : 137-173, <http://www.hsph.harvard.edu/faculty/LisaBerkman.html>
- Bidart C., Degenne A., Grossetti M., (2011), *La vie en réseau. Dynamique des relations sociales*, Paris, PUF
- Boisguerin B. et Al., (2011), *Le Renoncement aux soins*, actes du colloque du 22 novembre 2011, Paris : Drees, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf
- Bonvalet C. et Al., (1993), « Proches et parents », *Population*, 1 : 83-110
- Boudon R., Demeulenaere P., Viale P., (2001), *L'explication des normes sociales*, Paris, PUF
- Cambois E., Laborde C., Robine J.M., (2008), « La 'double peine' des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », INED, *Population et Sociétés* N°441
- Chauveaud C., Rode A., Warin P., (2010), *Le non-recours aux soins des actifs précaires*, Grenoble, ODENORE, Document de travail n°2, http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP2_1.pdf
- Cohen S., Syme S.L., (1985), Eds, *Social Support and Health*. Orlando, Academic Press
- Cresson G. (2001), « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », in Aïach P., Cébe D., Cresson G., Philippe C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Rennes, ENSP : 303-328
- Cresson G., (1995), *Le travail domestique de santé, analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan
- Cresson G., (1998), « Les parents et les douleurs des enfants », in *L'enfant et la douleur* J.Cook et A.Tursz (eds), Paris, Syros : 65-89
- Dauphinot V., Naudin F., Guéguen R., Perronnin M., Sermet C., (2008) « Ecart entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie ». *Revue française des Affaires sociales*, (1):15-27 <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-1-page-15.htm>
- Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, N° 170 <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
- Drulhe M., (1996), *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris, PUF, 1996.
- Ekeh P., (1974), *Social exchange theory: the two traditions*, Cambridge, Harvard University Press
- Ferland Sara (2007), "The Importance of Different Forms of Social Capital for health", *Acta Sociologica*, Vol. 50, No. 2 (Jun., 2007), pp. 115-128 <http://www.jstor.org/stable/20459987>
- Ferrand A., Snijders T., (1997), "Social networks and normative tensions", in Van Campenhout L., Cohen M., Guizzardi G., Hauser D., (eds), *Sexual interactions and HIV risk : new conceptual perspectives in European research*, London, Taylor & Francis : 6-21
- Ferrand A., de Federico de la Rúa A., (2006), « Méthodes d'analyse des réseaux sociaux », (chap. 137), in Graziella Caselli, Jacques Vallin, Guillaume Wunsch (eds.), *Démographie. Analyse et synthèse*, t. VIII, Paris, INED
- Ferrand A., Mounier L., (1998), « L'influence des réseaux de confiance sur les relations sexuelles », in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (eds) *La sexualité aux temps du Sida*, Paris, PUF : 255-304
- Fischer C.S., (1982), *To dwell among friends: personal network in town and city*. Chicago, University Press

- Freidson E. *Profession of Medicine*, (1970), Traduction française *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984
- Freidson E., (1960), "Client control and medical practice.", *American Journal of Sociology*, 65 : 374-382. Traduction Française dans *Médecine, maladie et société*, C.Herzlich (Ed) Paris, Mouton, 1970
- Goffman E., (1962), *Stigma*, Traduction française *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*, Paris, Seuil, 1975
- Grossetti M., (2002), *Relations sociales, espace et mobilités*, rapport pour le Plan Urbanisme Construction Architecture, Toulouse, CNRS CERS,150 pages
- Hannerz U., (1980), *Exploring the city*, traduction française *Explorer la ville - Eléments d'anthropologie urbaine*, Paris, Minuit (1983)
- IRDES, Enquête sur la santé et la protection sociale 2008
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
- Kellerhals J., Modak M., Perenoud D., (1997), *Le sentiment de justice dans les relations sociale*, Paris, PUF
- Lazega E., Lebeaux M.O., (1995), « Capital social et contrainte latérale », *Revue Française de sociologie*, XXXVI-4
- Lazega E., (2001), *The Collegial Phenomenon : The Social Mechanisms of Cooperation Among Peers*, Oxford University Press
- Moulin Jean-Jacques, Dauphinot Virginie, Dupré Caroline, Sass Catherine, Labbe Emilie, Gerbaud Laurent, Guéguen René, (2005), « Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002 », B.E.H., N°43
- Parizot I., Péchoux S., Bazin F., Chauvin P.,(2004), *Santé, inégalités et ruptures sociales*. Rapport pour la mission Ville de la Préfecture de Paris, Paris, INSERM U444
- Perry B. L., Pescosolido B. A., (2012), "Social Network Dynamics and Biographical Disruption: The Case of "First-Timers" with Mental Illness", A.J.S., V. 118, N° 1
- Petite Ségolène, (2008), « La structure des réseaux d'entraide », *Informations sociales* 3/2008 (n° 147), p. 104-112. URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-3-page-104.htm.
- Pierret J., (2007), « Une analyse en termes de carrières : le cas de personnes traitées par des antirétroviraux hautement actifs contre le VIH entre 1998 et 2000 », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, n° 2 : 73-99
- Renahy E., Vallée J., Parizot I., Chauvin P., (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS », communication au colloque le Renoncement aux soins Novembre 2011, Paris, DREES, Col. Etudes et Statistiques
- Shelley G.A., Bernard H.R., Killworth P., Johnsen E., McCarty C.,(1995), "Who knows your HIV status ? What HIV+ patients and their network members know about each other", *Social Networks*, vol.17, n°3-4 : 189-217
- Thoits P.A., (1982), "Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 23 (June) :145-159
- Warin P., (2010), *Le non-recours : définition et typologies*, Document de travail N°1, Grenoble, ODENORE
- Warin P., (2011), « Renoncement à des soins et précarité », communication au colloque *Le Renoncement aux soins*, Novembre 2011, Paris, DREES, Col. Etudes et Statistiques

2 METHODE D'OBSERVATION

2.1 Présentation de l'enquête « La santé : un souci de l'entourage »

2.1.1 Rappel des objectifs de la recherche sur le renoncement aux soins

Nous reprenons ici des éléments du projet « *Ce que renoncer à des soins veut dire* » déposé auprès des financeurs :

1er objectif : Découvrir « ce que renoncer à des soins veut dire » en réalisant des enquêtes sociologiques, sur les aires métropolitaines de Grenoble, Genève et éventuellement Montréal. Cette diversité de terrains est nécessaire pour identifier et mesurer l'influence relative de contextes institutionnels différents (systèmes d'assurance maladie ; systèmes d'offres de soins) sur les renoncements.

Il s'agit de recueillir le point de vue de différentes populations pour :

a) Comprendre quelles situations les personnes qualifient de « renoncement à des soins », sachant que le renoncement renvoie par définition à l'expression d'un besoin (de soins) identifié non satisfait. Pour cela, il faut probablement comprendre d'abord comment les personnes se prennent en charge avant même de demander pourquoi elles renoncent.

b) Analyser ces situations au regard des pratiques de santé des personnes (rapport au corps, à la santé et au système de soins), en tenant compte de leurs trajectoires de vie, de leurs parcours professionnels, **et de leurs ressources relationnelles**.

c) Cerner (approche compréhensive) la part du renoncement pour raisons financières parmi d'autres raisons de renoncement, mais aussi saisir la part du renoncement par rapport au « non recours aux soins » (lorsque les personnes n'éprouvent pas le besoin de recourir à des soins).

2ème objectif : Dédire des enquêtes sociologiques réalisées un ensemble de critères nouveaux concernant les renoncements, à intégrer dans des enquêtes d'épidémiologie populationnelle existantes (approche statistique) pour étudier les interrelations entre les situations sociales des individus (individuelles et contextuelles) et leurs états et comportements de santé, ainsi que leurs stratégies d'utilisation du système de soins. La composition de l'équipe (internationale) permettra de diversifier ces applications et d'organiser les bases d'une observation comparée des renoncements aux soins.

2.1.2 Les hypothèses du test méthodologique

L'analyse que nous proposons ne se demande pas dans quelles conditions ni pourquoi une personne néglige sa santé. Elle déplace le point de vue et s'intéresse plutôt aux gens qui peuvent avoir dans leur entourage des personnes de ce genre. Elle examine si des gens peuvent se préoccuper de la santé d'une personne de leur entourage, notamment si des gens perçoivent dans leur entourage une personne qui néglige sa santé.

Une personne quelconque est toujours insérée dans des relations interpersonnelles qui peuvent lui procurer des ressources positives et/ou représenter des contraintes négatives pour faire face à des problèmes de santé. Le *capital social* détermine en partie la santé. Différents effets positifs des relations ont été étudiés : cognitifs, émotionnels, pratiques, normatifs, incitatifs, parfois coercitifs (pour une revue : Berkman & Glass, 2000). Ici nous examinons la possibilité d'une surveillance et d'un contrôle relationnel de son entourage sur la santé d'une personne.

Le but de la démarche est de tester si on peut questionner des gens sur la manière dont ils perçoivent que des personnes de leur entourage s'occupent mal de leur santé. Et également, en

retour, de quelles manières des gens reconnaissent recevoir des conseils de santé de leur entourage.

2.1.3 La méthode de l'enquête test

La capacité d'un acteur à détecter chez une personne proche que celle-ci s'occupe mal de sa santé ou même ignore totalement ses problèmes est une question qui est aux marges du contrat de définition actuel centré sur la personne elle-même. Pour cette raison nous ne pouvions mobiliser des moyens financiers pour une pré-enquête sur ce thème. Sachant qu'à moyen terme il s'agirait de construire des enquêtes par questionnaires, et ayant plus d'expérience de cette technique que des interviews non-directifs, nous avons choisi de tester un questionnaire. Et pour qu'il soit administré sans frais, nous l'avons construit en utilisant le service offert par Google-drive (« formulaire » qui permet de mettre en forme un questionnaire, de le diffuser par mail, et de recueillir des réponses *anonymes*¹⁸).

Qui interroger ?

L'objectif général de la recherche est de trouver des facteurs de non-recours aux soins ou de déni de la maladie qui agiraient en plus ou à côté des facteurs économiques qui ont déjà été bien étudiés par des recherches importantes. Nous avons pensé que des membres des CPS supérieures ne sont pas socialisés dans des contextes de restriction financière d'accès aux soins : ce ne sont pas ces contraintes qui organisent et structurent leurs représentations de la maladie, de l'appel à des praticiens généralistes ou spécialistes, de la réalisation d'examens exploratoires, de l'engagement dans un protocole impliquant une hospitalisation, etc. En un mot, les membres de ces PCS sont intéressants parce qu'ils sont plutôt favorisés économiquement et armés cognitivement pour faire appel aux soignants avec un moindre sentiment d'infériorité ou de domination. Dès lors ils permettent de repérer la fréquence des cas où se manifeste un non recours ou un déni dont les raisons ont peu de chances de résulter d'un manque de ressources financières ou cognitives (tout en admettant que certains ménages des CPS supérieurs peuvent se retrouver en grande difficultés financières du fait de l'explosion du chômage ou d'autres crises biographiques). Sous cette hypothèse nous pouvons focaliser l'échantillon sur cette couche sociale. C'est aussi celle à laquelle nous appartenons, ce qui nous permet de lancer ce test auprès de *nos propres relations personnelles*. Nous évitons ainsi les frais d'achat de listings de mail et les très faibles taux de réponse de ce type de procédure.

Les enquêtés *directement* contactés sont donc des relations personnelles de deux chercheurs et d'une chercheuse en sociologie : membres de la famille, amis, collègues proches. Il leur est demandé

- a) de bien vouloir suivre un lien et de répondre aux 15 questions qui leur sont alors posées ;
- b) de faire suivre le mail de présentation de l'enquête et le lien « à deux personnes ».

Des demandes *indirectes* se diffusent donc le long de chaînes relationnelles selon une logique « boule de neige ».

Les gens directement contactés étant massivement membres des classes moyennes supérieures, les contacts indirects ont des chances aussi d'être fortement polarisée autour de la CPS « Profession libérale, Cadre, Profession intellectuelle ou artistique » proposée dans le questionnaire. Nous examinons plus loin qui a répondu.

Cette procédure peut comporter des biais *d'une part liés au contenu de l'enquête* :

- a) Biais de sélection des personnes pouvant être contactées : moi-même j'ai éliminé de ma liste des personnes qu'il me semblait inopportun de contacter pour cette enquête ; et on peut

¹⁸ Transférées ensuite sous *Excel*, puis analysées sous *Sphinx*.

imaginer que dans l'ensemble de la diffusion directe et indirecte des choix analogues ont été faits.

b) Biais liés à l'intérêt pour les questions de santé prédisposant certaines personnes contactées à répondre cependant d'autres ne répondront pas.

Elle peut comporter *d'autre part des biais généraux* qui tiennent à l'aversion à l'encontre des enquêtes, et particulièrement celles sollicitées par mail.

Nous n'avons aucun moyen d'évaluer ces biais.

Enfin nous n'avons aucun moyen de repérer une éventuelle malveillance consistant à répondre plusieurs fois au questionnaire et/ou à accumuler des réponses « bidon ». Nous espérons que le caractère personnalisé et proche des relations composant les chaînes de contact éviteront ce type de détournement stupide. A l'inverse la personnalisation de la demande a pu entraîner une bienveillance particulière poussant à répondre des enquêtés qui se seraient autrement abstenus.

Beaucoup de résultats qu'on va lire « enfoncent des portes ouvertes », et indiquent des tendances qui sont déjà bien connues et documentées par des recherches représentatives. C'est une bonne chose qui atteste que les répondants sont plutôt « normaux » et que cette enquête n'a pas mobilisé des gens particuliers, bizarres ou excentriques. Ce qui est une validation latérale des *résultats originaux* de cette enquête ci et qu'on ne trouve pas dans les autres.

2.2 Répondre à l'enquête

Nous parlerons des *répondants-tes ou d'enquêté-e* pour bien rappeler qu'ils sont peu nombreux et qu'il s'agit d'une enquête. Ils seront aussi désignés, comme ci-dessus, par le terme d'*acteurs*. Le membre de l'entourage à propos duquel un répondant-te se fait du souci parce qu'il ne s'occupe pas bien de sa santé sera nommé *la personne*, et collectivement *les négligents*. Dans la troisième partie du questionnaire on nommera *conseillers* ceux que les répondant-tes décrivent comme leur ayant donné des conseils.

On vient de voir les biais (liés à l'objet de l'enquête) du processus de contact. Il faut aussi considérer que les gens contactés ont rencontré une série d'occasions de répondre ou de ne pas répondre :

a) Le texte du mail conduit à décider de se connecter ou non au site d'enquête.

b) Le texte de présentation de l'enquête sur le site est formulé ainsi :

« *Objectifs de l'enquête : Les chercheurs ont souvent demandé aux gens des informations sur leur propre santé. Mais nous ne vivons pas seuls. Le questionnaire que nous vous proposons va vous demander si vous avez des soucis pour la santé d'une personne de votre entourage et si une personne de votre entourage a des soucis pour votre santé.* »

Cette annonce, précise et explicite, a pu conduire des gens contactés à décider de ne pas répondre s'ils « *ne se sentent pas concernés* ».

c) La lecture des questions successives conduit à les trouver acceptables ou non.

d) Arrivé en fin de questionnaire il faut décider d'enregistrer ou non les réponses fournies. Le fait original est que des gens contactés aient pu répondre et finalement ne pas s'enregistrer : nous n'en avons aucune trace, contrairement aux abandons tardifs dans des interviews téléphoniques.

Un questionnaire enregistré est donc déjà un fait sociologiquement significatif relativement à l'objet de l'enquête.

2.2.1 Caractéristiques des répondants-tes

La première partie du questionnaire demande trois caractéristiques socio démographiques des répondants-tes : a) catégorie d'âge ; b) sexe ; c) catégorie socio professionnelle actuelle ou passée.

Sexe

Les réponses reçues proviennent de 140 personnes : 64% de femmes (n=89) et de 36% d'hommes (n=51).

Nous avons envoyé directement 94 mails. Si on imagine qu'une quinzaine de personnes n'ont pas pu ou pas voulu répondre, 80 contacts directs ont produit 140 réponses, pas loin du double. C'est une réussite remarquable que nous devons à la gentillesse de toutes les personnes contactées, directement et indirectement, et à la confiance qu'elles ont bien voulu nous faire.

Qu'elles soient ici cordialement remerciées de l'aide qu'elles nous ont apportée, sans laquelle ce test n'aurait pu être exploité.

En gros 2/3 de femmes, 1/3 d'hommes. Or nous avons à l'inverse contacté directement un peu plus d'hommes (55%) que de femmes (45%). Sur l'ensemble du processus, des femmes ont donc plus souvent répondu sans qu'on sache si c'est parce que

a) des personnes directement contactées ont ensuite fait suivre le questionnaire plutôt à des femmes ;

b) des femmes sont plus disposées que des hommes contactés à répondre à ce questionnaire sur la santé.

Cette composition des répondants-tes correspond bien à la tendance normative générale imposant aux femmes de prendre en charge les questions de santé. Du fait de cet « allant de soi » les réponses minoritaires des hommes méritent au contraire une attention particulière. Autant qu'il sera possible, nous distinguerons donc les réponses des femmes de celles des hommes.

Age

Âges des répondants-tes selon le sexe

Sexes	Âges acteurs				
	18-35ans	36-50ans	51-65 ans	65 ans+	Tous
Femmes	19 (17)	38 (34)	34 (30)	9 (8)	100 (89)
Hommes	24 (12)	24 (12)	31 (16)	22 (11)	100 (51)
Tous	21 (29)	33 (46)	33 (46)	14 (19)	100 (140)

Cases : % lignes (effectifs entre parenthèses)

Dans la force de l'âge (36-50 ans) les femmes sont plus nombreuses à avoir répondu que les hommes (38% vs 24%), alors qu'au temps de la retraite (65 ans et +) elles répondent moins que les hommes (9% vs 22%).

PCS

PCS des répondants-tes selon le sexe

Sexe Acteurs	Artisans Commerçants Chefs Entrep.	Employés	Etudiants	Professions Intermédiaires	Prof. Libérale Cad. Sup	TOTAL
Femmes	2 (2)	15 (13)	0 (0)	4 (4)	79 (70)	100 (89)
Hommes	2 (1)	6 (3)	6 (3)	0 (0)	86 (44)	100 (51)
TOTAL	2 (3)	11 (16)	2 (3)	3 (4)	81 (114)	100 (140)

Cases : % lignes (effectifs entre parenthèses)

Catégories professionnelles France vs Répondants-tes

PCS actifs et retraités	2010 Insee Emplois %	Répondants-tes Test
Agriculteurs	3	0
Artisans, commerçants, chefs entreprise	6	2
Cadres, professions intellectuelles sup.	12	81
Professions intermédiaires	19	3
Employés	24	11
Ouvriers	19	0
Elèves, étudiants	8	2
Autres sans activité professionnelle	9	0
Tous	100	100

Source INSEE, enquête Emploi (du 1^{er} au 4^{ème} tri). Population de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine. Résultats en moyenne annuelle.

Cases : % colonne. Vu la taille de l'échantillon du test des décimales sont inutiles : chiffres arrondis.

Conformément à ce que laissait présager les canaux relationnels de contact des répondants-tes potentiels-les, la polarisation sur la CPS « Profession libérale, Cadre, Profession intellectuelle ou artistique » est massive (81% contre 12% dans la population française).

Cet échantillon n'est donc aucunement représentatif de la population française. Par contre, sachant qu'une enquête classique d'un Institut de sondage auprès d'un échantillon de 1000 personnes constitué selon la méthode des *quota*, doit comporter en gros 12% de cadres et professions intellectuelles supérieures, c'est-à-dire environ 120 enquêtés de cette PCS, nous constatons que notre enquête « Santé : un souci... » en comporte 114. Dans certaines analyses, nous considérerons que ces réponses donnent une image à peu près représentative de ce milieu là.

Validité de cet échantillon

Certains objecteront que la procédure « boule de neige » est absolument antinomique de toute représentation statistique dans la mesure où, par définition, certaines unités observées sont liées, *ne sont pas indépendantes* (les répondants-tes sont liés à ceux qui ont envoyé le mail, directement et indirectement). Ce n'est pas faux, et il faudra attendre une enquête sur échantillon représentatif (si possible aléatoire) pour avoir des estimateurs certains des phénomènes plutôt rares que nous étudions. Mais nous pouvons aussi penser que la nature de la liaison est aussi peu perturbante que le fait qu'une enquêtrice ira enquêter deux voisins du même ensemble résidentiel pour remplir ses *quota* sans que personne y trouve à redire.

Problèmes posés par les questions.

Les questions socio-démographiques ne sont pas commentées car, elles n'ont posé aucun problème, et dans une grande enquête, elles seront posées par ailleurs. Insistons cependant sur le fait que les PCS doivent concerner la profession actuelle ou ancienne (chômage, retraite).

2.2.2 Répondants-tes non concernés-es

Nous examinons en premier les répondants-tes qui ont déclaré ne pas être concernés par l'enquête.

Je n'en connais aucune qui ne s'occupe pas de sa santé

Le questionnaire demande si le-la répondant-e perçoit dans son environnement relationnel au moins une personne qui néglige sa santé. Cette question est introduite ainsi :

Parmi les adultes que vous connaissez, il y a sans doute des personnes qui s'occupent beaucoup de leur santé, et d'autres qui n'y font pas du tout attention. Vous pouvez penser à vos collègues, à des membres de votre famille, à vos amis, ou à d'autres connaissances.

Et elle est formulée de la manière suivante :

Parmi ces adultes que vous connaissez avez-vous remarqué une personne qui ne s'occupe pas de sa santé d'une des manières suivantes :

Q4 Remarquer une personne (Une seule réponse possible)

Je n'en connais aucune qui ne s'occupe pas de sa santé. ALLEZ A LA QUESTION 11

J'en connais au moins une qui ne s'occupe pas des problèmes de santé qu'elle connaît

J'en connais une qui ne s'aperçoit pas des problèmes de santé qu'elle a.

Les répondants-es non concernés sont ceux qui « ne connaissent aucune [personne] qui ne s'occupe pas de sa santé ».

Répondants-tes qui connaissent tel type de personne,
selon le sexe

Sexe	Aucune personne Négligente	Une personne néglige une maladie connue	Une personne ne perçoit pas ses pbs. de santé	TOTAL
Femmes	40 (36)	48 (43)	11 (10)	100 (89)
Hommes	45 (23)	51 (26)	4 (2)	100 (51)
TOTAL	42 (59)	49 (69)	9 (12)	100 (140)

Cases : % lignes (effectifs)

42% des répondants-tes ne perçoivent personne dans leur entourage qui ne s'occupe pas de ses problèmes de santé. Plus clairement :

4 répondants-tes sur 10 pensent que tous les membres de leur entourage s'occupent bien de leur santé.

Cette proportion est délicate à interpréter car elle peut résulter

a) De l'absence réelle d'un négligent parmi les proches.

b) D'une impossibilité pour l'enquêté-e de *repérer* un négligent qui existerait pourtant, du fait soit de dispositions individuelles (inattention aux autres, fuite personnelle devant les problèmes de santé, etc.) soit de limitations relationnelles (l'enquêté-e n'entretien pas ou peu les relations qui permettent de percevoir des problèmes de santé chez un proche).

Notons qu'il n'y pas dans ce tableau de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes.

Des remarques sur cette question seront formulées plus loin.

Aucun conseiller dans l'entourage de l'enquêté-e

La troisième partie du questionnaire renverse le point de vue et cherche à savoir si l'enquêté-e reçoit des conseils de santé d'au moins un membre de son entourage. Elle est présentée de la manière suivante :

Parmi les adultes que vous connaissez, il y a sans doute des personnes qui s'intéressent à VOTRE SANTE. Ces personnes peuvent être des collègues, des membres de votre famille, des amis, ou d'autres connaissances. Parmi ces adultes y a-t-il au moins une personne qui vous a récemment donné des conseils pour votre santé?

Q11 Personne qui vous donne des conseils pour votre santé

Oui, il y a une personne qui m'a donné des conseils

Non, il n'y en a aucune qui me donne des conseils. ALLEZ A LA FIN

Répondants-tes qui reçoivent des conseils de santé d'un membre de leur entourage, selon le sexe

Sexe	Aucun conseiller	Un conseiller	Tous
Acteur			
Femme	17 (15)	83 (74)	100 (89)
Homme	14 (7)	86 (44)	100 (51)
Tous	16 (22)	84 (118)	100 (140)

Cases : % lignes (effectifs)

Les répondants-es qui déclarent « *Non, il n'y en a aucune qui me donne des conseils* » représentent 16% de l'échantillon. L'absence de conseiller en matière de santé est donc un phénomène peu fréquent. Et qui est similaire pour les hommes et les femmes.

A titre de comparaison, mentionnons une recherche dans laquelle nous avons demandé à 500 personnes de deux communes de la région Nord Pas de Calais de dire avec combien de personnes il leur arrivait au cours des 6 derniers mois « *de discuter de votre propre santé avec des connaissances personnelles, famille, collègues, amis... Par exemple de discuter d'une maladie que vous venez d'avoir, de médicaments que vous prenez, ou d'un régime que vous suivez avec des gens qui ne sont pas vos soignants*¹⁹ ». 28% de l'échantillon ne citait aucun confident en matière de santé et dans une des deux communes il n'y avait plus que 19% des membres des milieux supérieurs qui ne citaient aucun confident.

2.2.3 Quels soucis dans l'entourage ?

Nous examinons ici comment la formulation des questions a) est acceptée par les répondants ; b) permet de recueillir une information pertinente.

Repérer un proche « qui ne s'occupe pas des problèmes qu'il connaît » ou « qui ne s'aperçoit pas de ses problèmes »

¹⁹ Cresson G. Ferrand A. Lardé P., *Les systèmes locaux de santé*, rapport pour le programme CNRS « Santé Société », Lille, Clersé, 2001. Voir p. 92-149 (N=500, Nord Pas de Calais)
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00252973/fr/>.

Nous reprenons les items « positifs » de la question 4. Ils sont formulés pour permettre aux répondants-es de déclarer s'ils repèrent dans leurs entourages une personne appartenant à l'un des deux types suivants :

- *J'en connais au moins une qui ne s'occupe pas des problèmes de santé qu'elle connaît*
- *J'en connais une qui ne s'aperçoit pas des problèmes de santé qu'elle a.*

a) Dans le premier cas la personne est supposée connaître l'existence de ses problèmes de santé, et de ne pas s'en occuper. Elle est supposée être dans la catégorie du « renoncement aux soins ».

b) Dans le second cas la personne est supposée avoir des problèmes de santé dont elle ne s'aperçoit pas. Elle est supposée être dans la catégorie du « déni de la maladie ».

Il faut bien comprendre que ces deux items ne distinguent pas des degrés dans un processus unique, mais distinguent deux processus radicalement différents. Il faudrait les distinguer dans la présentation des tableaux, mais le faible nombre de répondants-tes obligera souvent à les regrouper.

49% (n=69) des répondants-es déclarent connaître au moins une personne qui ne se préoccupe pas d'un problème de santé que celle-ci connaît.

Ceci ne veut surtout pas dire que 49% des gens dans ce milieu renonceraient à des soins. En effet pour estimer la fréquence de ce comportement dans ce milieu il faut tenir compte du nombre de proches dont chaque répondant-e peut observer les comportements de santé.

Ce résultat ne veut pas dire que ceux qui renoncent à des soins auraient une forte chance (49%) d'avoir dans leur entourage au moins un proche qui perçoit le caractère anormal et néfaste de leur comportement (pour une conclusion de ce type, il faudrait que ce soient des gens qui renoncent à se soigner qui soient les enquêtés).

Ce résultat veut dire qu'il y a dans cette population un acteur sur deux qui se fait du souci pour la santé d'un proche *parce que celui-ci s'occupe mal de certains des problèmes de santé dont il se sait porteur.*

Face aux difficultés de santé, les fonctions de soutien (pratique ou affectif) des proches, d'information, parfois d'influence, ont été bien documentées. Ce résultat précise une condition de possibilité en amont du *care*: la capacité d'observation de certains proches qui permettrait une éventuelle intervention.

Un acteur sur dix (9%, n=12) déclare qu'il a été capable de détecter chez une personne de son entourage un problème de santé dont celle-ci ne s'aperçoit pas.

Ce résultat indique que dans la population enquêtée une petite proportion d'acteurs (9%) déclare détecter dans son entourage relationnel la présence d'au moins une personne qui est en situation de déni de maladie, de non perception de ses propres problèmes de santé. Et ceci est un résultat crucial de ce test.

Cette proportion est vraisemblablement minorée à cause de deux défauts de la question :

- L'enquêté-e pouvait avoir les deux types de personnes dans son entourage.
- Et l'item concernant le type le plus délicat était placé en dernier.

Déclarer cette capacité remarquable suppose vraisemblablement a) une attention à autrui, une surveillance très rigoureuse de ses manières d'être, de ses expressions corporelles et psychologiques ; b) un intéressement (quels qu'en soient les motifs) à la bonne santé de cet autrui ; c) la conviction que cet autrui est un peu incapable de s'occuper correctement de lui-

même ; d) la conviction d'être soi même capable de déceler que des signes physiologiques ou psychologiques peuvent être raisonnablement interprétés comme symptômes de problèmes de santé définissables.

Remarques sur cette question

a) Elle aurait dû comporter une réponse obligatoire. Il y a eu des non réponses suivies par des réponses aux questions portant sur la personne. Dans ce cas la Q4 a été recodée « *J'en connais au moins une...* ». Les autres NR ont été recodées « *aucune...* ».

b) L'item *Je n'en connais aucune qui ne s'occupe pas de sa santé* comporte une double négation, ce qui est assez mauvais. Le sens logique de l'item est « Toutes les personnes que je connais s'occupent bien de leur santé ».

c) Plusieurs commentaires par mail ont été formulés (voir les textes en annexes).

Il faut justifier le fait de ne choisir qu'une personne (soit dans la même catégorie, soit entre les deux catégories de négligents).

D'une part il y a effectivement une incohérence logique de la question : un même acteur peut avoir dans son réseau relationnel à la fois une personne en situation de renoncement à des soins pour une pathologie qu'il connaît, et une personne en situation de déni d'une pathologie que l'acteur est seul à détecter. C'est la description de cette seconde situation qui est la contribution la plus décisive de ce test à la connaissance sociologique des différentes formes de « renoncement aux soins », elle doit donc être privilégiée. Pratiquement cette situation « déni » doit être proposée en premier, et la situation « renoncement » en second seulement s'il y a une réponse négative à la précédente.

D'autre part si l'acteur pense avoir dans son entourage deux personnes dans le même type de situation, il faut lui proposer un critère de choix, qui peut être la « gravité des risques » que la personne prend selon lui.

d) Mail : *La « personne » peut agir comme couple dont les deux membres présentent les mêmes difficultés.* Pas de solution à cette difficulté.

e) Mail : *La personne peut s'occuper de certains de ses problèmes et pas d'autres.* Remarque importante. Il faut préciser la formulation de la question pour en tenir compte.

Ne décrire qu'une seule personne

Dans une note préparatoire de mars 2012 nous avons envisagé la possibilité que l'acteur connaisse plusieurs personnes de la même catégorie :

« Si jamais [la question] fonctionne bien (le déni est fréquent, mais aussi l'inquiétude et la suspicion d'un proche), on peut se trouver devant un Ego qui aurait la possibilité de citer plusieurs Alters suspectés de problèmes de santé. Doit-on prévoir que Ego puisse en citer 2, ou N ?? On rencontre alors des problèmes statistiques qui tiennent aux tailles différentes des réseaux personnels des enquêtés (Egos) : plus ils sont larges, plus la probabilité de fréquenter plusieurs Alter ayant des problèmes inavoués de santé est importante. Or on ne peut contrôler cet effet que si l'enquête demande par ailleurs une description complète du réseau proche d'Ego. Je serai assez partisan de nous limiter à un Alter. Au mieux on peut compléter par une sorte de question « balais » :

Version 1 : Je ne vais pas vous interroger sur elles, mais fréquentez vous d'autres personnes que celle dont nous venons de parler qui ont un problème de santé sans s'en apercevoir ?

Oui, Non ?

Si oui combien ? »

Nous retenons ci-dessous une autre solution à ce problème.

Nouvelle formulation de la question

Parmi les adultes que vous connaissez, il y a sans doute des personnes qui s'occupent beaucoup de leur santé, et d'autres qui n'y font pas du tout attention. Vous pouvez penser à vos collègues, à des membres de votre famille, à vos amis, ou à d'autres connaissances.

[Q 1]

Certaines personnes ne s'aperçoivent pas du tout d'un certain problème de santé qu'elles ont. Parmi les adultes que vous connaissez avez-vous remarqué des personnes qui ne s'aperçoivent pas du tout d'un problème de santé qu'elles ont ?

- Oui, je connais au moins trois personnes comme cela. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]
- Oui, j'en connais deux. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]
- Oui, j'en connais une. [Aller à Q 3 « Problèmes... »]
- Non, elles s'aperçoivent toutes les problèmes de santé qu'elles ont. [Aller à Q 2 « Certaines personnes »]

Parmi celles que vous avez remarquées, veuillez choisir la personne pour laquelle ne pas s'apercevoir d'un certain problème peut être le plus grave pour sa santé.

[Aller à Q 3 « Problèmes.. »]

[Q 2]

Certaines personnes savent qu'elles ont un problème de santé mais ne s'en occupent pas. Parmi ces adultes avez-vous remarqué des personnes qui savent qu'elles ont un problème de santé, mais ne s'en occupent pas ?

- Oui, j'en ai remarqué trois ou plus. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]
- Oui, j'en ai remarqué deux. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]
- Oui, j'en ai remarqué une. [Aller à Q 3 « Problèmes... »]
- Non, elles connaissent toutes les problèmes de santé qu'elles ont. [Sauter à la suite du questionnaire général]

Parmi celles que vous remarquez, veuillez choisir la personne pour laquelle ne pas s'occuper de son problème de santé peut être le plus grave. [Aller à Q 3 « Problèmes... »]

Les problèmes de santé perçus et les réactions de l'acteur

Les commentaires suivants portent sur la strate des acteurs ayant déclaré
J'en connais au moins une qui ne s'occupe pas des problèmes de santé qu'elle connaît
J'en connais une qui ne s'aperçoit pas des problèmes de santé qu'elle a.

Cette strate comporte 81 acteurs.

Dans la suite des commentaires, ces deux types de personnes prises ensembles seront appelées « négligentes ».

La question suivante concerne les problèmes de santé de la personne citée, qu'elle ait été indiquée en situation de non recours ou de déni.

Q5 Selon vous quels sont ses problèmes ? Indiquez les problèmes de santé dont cette personne ne s'occupe pas ou dont elle ne s'aperçoit pas. Vous pouvez indiquer plusieurs problèmes

Problèmes cardiaques ou vasculaires

Problèmes de cancer

Problèmes respiratoires, pulmonaires,

Problèmes de surdité

Problèmes de vue

Problèmes dentaires

Consommation excessive d'alcool, de psychotropes, de tabac, de drogues

Problèmes articulaires, osseux

Problèmes de diabète, cholestérol, ob sitt , anorexie

Problèmes psychologiques, dépression, violence

Problèmes gynécologiques, MST, urologie, érection

Autre :

Problème de santé	Problèmes de santé que l'acteur perçoit chez la personne					
	Cardio Vasculaire	Cancers	Pulmonaire	Surditt�	Vue	Dents
Connu (69)	9	3	15	8	9	14
D�ni� (12)	1	1	1	1	1	1
Tous (81)	10	4	16	9	10	15

Problème de santé	Problèmes de santé que l'acteur perçoit chez la personne					
	Consommation	Pb Osseux	Diabète Ob�sitt�	Pb Psychologique	Gynécologique Sexuel	Autres
Connu (69)	25	14	12	14	4	2
D�ni� (12)	3 *	0	1	5	0	0
Tous (81)	28 **	14	13	19	4	2

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes.

Cases : Nombres de citations du problème colonne dans la sous population de la ligne. Chaque case est indépendante des autres.

Lire : *3 acteurs sur 12 pensent que la personne (en situation de déni) a des problèmes de « *Consommation excessive...* »

Lire : ** 28 acteurs sur 81 pensent que la personne a des problèmes de « *Consommation excessive...* ».

Les totaux des colonnes indiquent combien d'acteurs (qui ont cité une personne négligente) pensent que la personne de leur entourage a ce problème de santé.

Le « top ten » des problèmes supposés s'ordonne de la manière suivante :

a) en tête

35% Consommation excessive d'alcool, de psychotropes, de tabac, de drogues

23% Problèmes psychologiques, dépression, violence

20% Problèmes respiratoires, pulmonaires,

b) en queue

11% Problèmes de surdité

5% *Ex aequo* Cancers et Problèmes gynécologiques, MST, urologie, érection

Comme nous l'avons déjà mentionné, ces proportions ne doivent pas être lues comme des indicateurs des fréquences du renoncement aux soins pour répondre à ces pathologies dans le milieu étudié. Par contre l'ordre est révélateur. Ce sont des problèmes comportementaux et psychologiques qui sont les plus perçus par les acteurs comme étant négligés par les personnes qu'ils connaissent (la citation des problèmes pulmonaires est indépendante de la

citation de l'addiction au tabac). Les moins cités comportent des pathologies soit dont il est rare qu'on ne s'occupe pas (cancers), soit qui sont moins souvent révélées (sexualité), ou plus bénignes (surdité).

Si on compare les pathologies attribuées aux personnes supposées connaître leurs problèmes et aux personnes supposées ne pas s'en apercevoir on constate le même ordre. Mais aussi que, chez les personnes en situation de déni, malgré un faible effectif (n=12), presque toutes les pathologies sont citées :

**la surveillance relationnelle de la santé
pourrait donc avoir un pouvoir de détection des dénis très universel.**

De manière attendue, les acteurs citent en moyenne 1,8 problèmes pour les personnes connaissant leurs difficultés, mais seulement 1,3 pour celles qui les nient.

De manière inattendue, les hommes détectent en moyenne 1,9 problèmes, mais les femme 1,7.

Tous les items ont été utilisés et la catégorie « autres » est peu fournie. On peut juger que cette question est pertinente.

Un courriel fait remarquer qu'une personne peut avoir plusieurs problèmes de santé connus et s'occuper normalement de tous ces problèmes *sauf d'un en particulier*. C'est une bonne remarque. La rédaction de la question peut éliminer la phrase introductive « *Selon vous quels sont ses problèmes* » qui peut être comprise comme « *ses problèmes en général* » et se limiter à ceux non pris en charge en étant reformulée ainsi :

Q5 Veuillez indiquer les problèmes de santé dont cette personne ne s'occupe pas ou dont elle ne s'aperçoit pas. Vous pouvez indiquer plusieurs problèmes

Suit la liste.....

Dans la lecture des tableaux, il faut se souvenir que chaque acteur ne pouvait citer qu'une personne. Ceci a probablement minoré le nombre de dénis. La reformulation proposée plus haut permettrait d'évaluer ce risque.

La question suivante (Q6) concerne les interventions possibles de l'acteur vis-à-vis de la personne :

Q6 Qu'avez-vous fait vis à vis d'elle au cours des 6 derniers mois ? Plusieurs réponses possibles

Vous lui avez dit que vous vous faisiez du souci pour sa santé

Vous lui avez donné des conseils précis pour sa santé

Vous n'avez rien dit parce que c'est son affaire

Vous n'avez rien dit parce que cela ne servirait à rien

Vous avez parlé avec quelqu'un qui peut lui donner des conseils

Problème de santé	Interventions de l'acteur (plusieurs réponses)				
	Dire ses soucis	Donner des conseils	Rien dire, son affaire	Rien dire, inutile	Parler à quelqu'un
Connu (69)	37	24	5	8	19
Denn�� (12)	6	5	0	1	4
Tous (81)	43	29	5	9	23

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes.

Cases : Nombres de citations du problème colonne dans la sous population de la ligne. Chaque case est indépendante des autres.

Nous pouvons supposer que seul l'item « donner des conseil précis » comporte *un engagement direct de l'acteur* vis-à-vis de la personne. Celui-ci semble ne concerner que trois acteurs sur dix.

De manière très intéressante, l'item qui indique que l'acteur mobilise un tiers (« *Vous avez parlé avec quelqu'un qui peut lui donner des conseils* ») est cité par trois acteurs sur dix (par les femmes un peu plus que par les hommes).

Trois acteurs sur dix s'adressent à un tiers pour donner des conseils à la personne.

La question est pertinente. Particulièrement le dernier item. L'échantillon est trop limité pour décider s'il faut regrouper les deux abstentions « c'est son affaire » et « c'est inutile ». Ils renvoient à deux « bonnes raisons » radicalement différentes, et méritent d'être conservé.

Quel type de relation entre l'acteur et la personne ?

Le questionnaire s'intéresse ensuite au type de relation entre l'acteur et la personne : il s'agit de connaître les caractéristiques des relations qui permettent à un acteur de supposer qu'un membre de son entourage est négligeant. Ces caractéristiques sont cruciales car elles orienteront les contenus des messages d'éventuelles campagnes de sensibilisation.

Le questionnaire s'intéresse d'abord aux *rôles relationnels* avant d'examiner trois caractéristiques socio démographiques de la personne qui, confrontées à celles de l'acteur, permettent de spécifier le type lien social. Ces questions sont classiques en analyse des réseaux personnels²⁰.

Q7 Comment connaissez-vous cette personne ? Plusieurs réponses possibles

Collègue

Famille proche, ou vit à la maison

Compagnon de sport, de sorties, de vacance

Ami-e proche, confident-e

Simple ami-e, connaissance

Partenaire sexuel, époux, épouse

Camarade dans des activités, associatives, politiques ou religieuses

Vous communiquez au téléphone, par mail, au moins une fois par semaine

Vous vous voyez au moins une fois par semaine

Vous communiquez ou vous vous voyez plus rarement

Autre :

Problème de santé	Type de relation (plusieurs réponses possibles)				
	Collègue	Famille proche Maison	Ami proche Confident	Epoux, épouse Partenaire sexuel	Loisirs Asso. Connaissance
Connu (69)	9	38	11	9	6
Denné (12)	0	6	1	2	2
Tous	9	44	12	11	8
TotCol/81**	11%	54%	15%	14%	10%

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes.

Cases : Nombres de citations du problème colonne dans la sous population de la ligne. Chaque case est indépendante des autres. Dernière ligne** : % d'acteur ayant cité le type de relation de la colonne

²⁰ Ferrand A., de Federico de la Rúa A., (2006), « Méthodes d'analyse des réseaux sociaux », (chap. 137), in Graziella Caselli, Jacques Vallin, Guillaume Wunsch (eds.), Démographie. Analyse et synthèse, t. VIII, Paris, INED

Nous avons regroupé les items « *Compagnon de sport, de sorties, de vacance* », « *Simple ami, connaissance* », et « *Camarade dans des activités, associatives, politiques ou religieuses* » qui avaient dans ce test des effectifs très faibles. Pour une enquête large, la décision dépendra de l'existence par ailleurs (ou de l'absence) d'une description du réseau personnel de l'acteur pour utiliser les mêmes items.

Comme attendu, ce sont les partenaires sexuels, les cohabitants et la famille proche (parfois contactés rarement) dont l'acteur peut le plus souvent (54%) repérer les problèmes de santé. Concernant les personnes en situation de déni *les collègues ne sont jamais cités*.

Les trois derniers items sur la fréquence des contacts posent différents problèmes.

- a) Un mail reproche d'avoir mis dans une même question des items sur les types de rôles relationnels et des items de fréquence de contact. C'est effectivement discutable.
- b) Des répondants-tes ont pu trouver redondant d'indiquer des fréquences de contacts lorsqu'on a indiqué par exemple « époux » ou « vit à la maison ».
- c) L'objectif de ces items était de saisir une des conditions qui permettrait à un acteur de percevoir un problème dans son entourage : à quelle fréquence et comment l'acteur et la personne sont-ils en contact ? Si on considère que l'objectif sera plus de savoir sous quelles conditions un acteur va intervenir et comment, on peut supprimer ces items.

Ensuite trois questions permettent de préciser des caractéristiques socio démographiques de la personne :

Ages des personnes

Sexe Acteur	Ages des personnes citées				
	18-35 ans	36-50 ans	51-65 ans	65 ans +	Tous
Femme	13 (7)	32 (17)	30 (16)	25 (13)	100 (53)
Homme	25 (7)	29 (8)	18 (5)	25 (7)	100 (27)
Tous	17 (14)	31 (25)	26 (21)	25 (20)	100 (80)

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes (1 NR)

Cases : % ligne , (effectifs)

Les femmes et les hommes ont cité sensiblement les mêmes proportions de négligents appartenant aux différentes classes d'âge, les femmes ont un peu plus cité de personnes d'âges intermédiaires (30% contre 18%), les hommes ont un peu plus cité des jeunes (25% contre 13%)

Age Acteur	Ages des personnes citées				
	18-35 ans	36-50 ans	51-65 ans	65 ans +	Tous
18-35 ans	48 (11)	22 (5)	17 (4)	9 (2)	100 (22)
36-50 ans	7 (2)	50 (14)	25 (7)	18 (5)	100 (28)
51-65 ans	4 (1)	22 (5)	39 (9)	35 (8)	100 (23)
65 ans +	0 (0)	14 (1)	14 (1)	71 (5)	100 (7)
Tous personnes	17 (14)	31 (25)	26 (21)	25 (20)	100 (80)
Tous acteurs **	27	35	29	9	100

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes (1 NR)

Cases : % ligne , (effectifs). Dernière ligne **: distribution des âges des acteurs

Si on compare la distribution des âges des acteurs (dernière ligne) à celle des personnes on voit que les acteurs jeunes sont plus nombreux que les personnes citées (27% contre 17%) et

qu'à l'inverse les acteurs seniors sont massivement moins nombreux que les personnes citées (9% contre 25%).

En prenant pour modèle les écarts pondérés aux effectifs théoriques des cases (logique du χ^2 , ici fragilisé par une grande proportion de cases comportant un effectif théorique <5)

- les choix homophiles des jeunes représentent 36% du χ^2

- les choix homophiles des seniors représentent 16 % du χ^2

Comme souvent, c'est donc la diagonale homophiles qui concentre le plus grand nombre de choix (en tout 64%) s'écarter d'une distribution égale (équiprobable) des choix entre les différentes catégories d'âge des personnes.

On peut se demander si l'utilisation de classes d'âge pour la personne citée est pertinente relativement au but de l'enquête. L'enjeu est plutôt de savoir si le processus de surveillance relationnelle de la santé traverse la barrière des âges ou celle des générations. Et on peut envisager de poser directement une question en ce sens.

Quel est l'âge de cette personne ?

Elle a à peu près votre âge (au maximum cinq ans de différence)

Elle est plus âgée (6 à 20 ans plus vieille)

Elle est beaucoup plus âgée

Elle est plus jeune (de 6 à 20 ans plus jeune)

Elle est beaucoup plus jeune.

Sexe des personnes

Six personnes négligentes sur dix sont des hommes (62%) . C'est donc un peu plus que leur représentation dans la population (en gros 50%).

Sexe de la personne selon le sexe de l'acteur

Sexe Acteur	Personne Femme	Personne Homme	Tous
Femme	32 (17)	66 (35)	100 (52)
Homme	43 (12)	54 (15)	100 (27)
Tous	36 (29)	62 (50)	100 (79)

Pourcentages en ligne. (Effectifs)

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes.

Les 27 hommes citent des négligents qui comprennent 54% d'hommes et 43% de femmes. Alors les 52 femmes citent des négligents qui comprennent 66% d'hommes, mais seulement 32% de femmes.

Enfin, parmi les personnes négligentes, il n'y a pas de différence significative entre les femmes et les hommes en situation non recours et de déni. Résultat inattendu mais fragile.

PCS des personnes

Les effectifs sont trop faibles relativement au nombre de catégories professionnelles pour examiner le tableau croisé des choix préférentiels. Nous comparons simplement les appartenances des acteurs qui ont cité une personne négligente et les appartenances de ces dernières.

Comparaison des distributions des acteurs
et des personnes négligentes dans les différentes PCS

PCS	Acteurs		Personnes négligentes	
	Nb	%	Nb.	%
Non-réponse	0	0	1	1%
Artisan Commerçant	1	1%	8	10%
Employés	11	14%	9	11%
Etudiants	2	2%	3	4%
Prof. Intermediaires	2	2%	10	12%
Jamais salarié	0	0	5	6%
Prof.Lib. Cad.Sup	65	80%	37	46%
Ouvriers	0	0	7	9%
Agriculteurs	0	0	1	1%
TOTAL OBS.	81	100	81	100%

Tableau construit sur la strate des 81 personnes négligentes.
Effectifs, et % en colonne

En ne retenant que les faits saillants :

La polarisation sur les professions libérales et cadres supérieurs, massive parmi les acteurs (80%) est atténuée parmi les personnes (46%).

Les professions intermédiaires sont plus fréquentes chez les personnes (12% vs 2%) ainsi que les artisans commerçants (10% vs 1%).

Certaines catégories, inexistantes chez les acteurs, sont citées pour les personnes, comme les ouvriers (9% vs 0%).

De manière un peu inattendue, les acteurs semblent pouvoir se préoccuper de personnes qui n'appartiennent pas à leur propre milieu.

Cette tendance est peut-être liée au poids des relations familiales qui sont globalement moins homophiles que les relations affinitaires.

Les questions sur sexe, et CPS de la personne ne posent pas de problème particulier.

2.2.4 Une personne de l'entourage se préoccupe de la santé de l'acteur

On a vu dans la première partie que 118 acteurs ont déclaré avoir dans leur entourage au moins un conseiller. On examine ici les questions qui concernent les conseils reçus par ces répondants-tes.

Quels conseils sont reçus ?

Q12 Parmi la liste suivante, cette personne vous a-t-elle conseillé.. Plusieurs réponses possibles

De moins fumer, de moins boire, de limiter les psychotropes

de suivre un régime alimentaire, de faire de l'exercice

de consulter un médecin généraliste, ou spécialiste, ou un psychologue

d'en faire moins, de "lever le pieds"

de consulter quelqu'un qui pratique une médecine alternative, douce

de vérifier votre vue, ou votre audition

de prendre un médicament qu'elle connaît

Autre :

Sexe acteur	Moins tabac Alcool, Psycho	Regime Exercice	Consulter Med Officiel	En faire moins	Consulter Med Alterna	Controler Audi. Vue	Medicament connu
Femmes 63%	72 (18)	44 (14)	56 (23)	70 (39)	73 (16)	17 (1)	54 (7)
Hommes 37%	28 (7)	56 (18)	44 (18)	30 (17)	27 (6)	83 (5)	46 (6)
Tous 100%	100 (25)	100 (32)	100 (41)	100 (56)	100 (22)	100 (6)	100 (13)
Tot Col. /118 **	21%	27%	35%	47%	19%	5%	11%

Strate des acteurs citant un conseiller (N=118)

Cases : % colonne et (Effectif). Multi-réponses : les colonnes sont indépendantes les une des autres.

Dernière ligne ** : Pourcentage de l'effectif total de la colonne sur les 118 répondants. La somme peut être différente de 100%.

Près d'un acteur sur deux (47%, dernière ligne) déclare qu'un proche lui a conseillé « d'en faire moins, de lever le pied ». Le milieu social concerné peut expliquer cette fréquence considérable d'un conseil sanitaire qui concerne l'investissement de l'acteur dans son rôle économique et social. La fréquence de ce conseil est presque double des deux autres conseils qui appartiennent également au domaine général de « l'hygiène de vie » (« régime » et « moins tabac, etc »). Dans ce milieu les acteurs disposent en général d'une certaine autonomie dans l'exercice de leur rôle professionnel, et, compétition aidant, cette autonomie les conduit plutôt à en faire trop. Mais cette autonomie permet également que le conseil d'en faire moins ne soit pas absurde, ce qui sera le cas pour des rôles professionnels totalement soumis à une hiérarchie.

Les recommandations de consultation d'un médecin privilégient toujours la médecine officielle (citée par un acteur sur trois), mais déjà un acteur sur cinq s'est vu conseiller la médecine alternative.

Alors que le non recours au soin concerne fréquemment la vue et l'audition cet item est très peu cité.

Un régime et de l'exercice sont plus souvent conseillés à des hommes : 56% qui ne constituent que 37% de la strate.

Consulter un praticien de la médecine alternative et limiter les consommations de tabac, d'alcool, de psychotropes sont plus souvent conseillés à des femmes : respectivement 73% et 72% alors qu'elles représentent 63% de la strate.

Tous les items sont utilisés. L'item autre n'est utilisé que 2 fois. L'item « en faire moins » est massivement pertinent.

On a oublié le contrôle de la dentition.

Au total 195 conseils ont été donnés à 118 acteurs, soit 1,6 conseils à chacun. La forme multi réponse doit être conservée.

Il est possible que l'ordre des items pèse sur les fréquences de réponses. Cette question devrait comporter si possible une rotation aléatoire des items.

De qui reçoit-on des conseils ?

Trois questions permettaient de préciser les caractéristiques de la relation à travers laquelle l'acteur dit recevoir des conseils.

Type de relation

Q13 Comment connaissez vous cette personne ? Plusieurs réponses possibles

Collègue

Famille proche, ou vit à la maison

Compagnon de sport, de sorties, de vacance

Ami-e proche, confident-e

Simple ami-e, connaissance

Partenaire sexuel, époux, épouse

Camarade dans des activités, associatives, politiques ou religieuses

Vous communiquez au téléphone, par mail, au moins une fois par semaine

Vous vous voyez au moins une fois pas semaine

vous communiquez ou vous vous rencontrez plus rarement

Autre :

Sexe acteur	Type de relation entre l'acteur et le conseiller				
	Collègue	Famille proche Maison	Ami proche Confident	Epoux, épouse Partenaire sexel	Loisirs Asso Connaissances
Femmes 63%	57 (8)	63 (33)	84 (32)	45 (17)	64 (7)
Hommes 37%	43 (6)	37 (19)	16 (6)	55 (21)	36 (4)
Tous 100%	100 (14)	100 (52)	100 (38)	100 (38)	100 (11)
Tot Col / 118 **	12%	44%	32%	32%	9%

Strate des acteurs citant un conseiller (N=118)

Cases : % colonne et (Effectif). Multi-réponses : les colonnes sont indépendantes les une des autres.

** Pourcentage par case de l'effectif total de chaque item sur les 118 répondants

Les trois items « Compagnon de sport, de sorties, de vacance », « Simple ami-e, connaissance » et « Camarade dans des activités, associatives, politiques ou religieuses » ont été regroupés dans « Loisirs Association Connaissance ».

Pour mémoire : rappel des fréquence des types de relation acteur-personne négligente

TotCol/81 **	11%	54%	15%	14%	10%
--------------	-----	-----	-----	-----	-----

Les relations avec la famille proche et les membres du ménage sont citées le plus souvent comme permettant de recevoir des conseils (dernière ligne : 44%).

Les femmes citent massivement l'item « ami-e proche, confident-e » et très peu leurs époux.

A l'inverse, les hommes ont massivement cité leurs épouses, et aussi un peu plus leurs collègues.

Si on compare les relations entre les acteurs et les conseillers et celles entre les acteurs et les personnes négligentes, on constate que les conseillers sont plus souvent cités comme des amis proches ou des confidents et comme des époux ou épouse, ou partenaires sexuels.

Les acteurs surveillent la santé de la famille proche, et ils reçoivent plutôt des conseils des époux et des confidents

On doit regrouper certains items, comme dans le tableau ci-dessus. Par ailleurs cette question comporte 153 citations pour 118 acteurs, c'est à dire 1,3 citation par acteur. Il est envisageable d'en faire une question à réponse unique. Mais il faudrait alors conserver à part « époux, épouse, partenaire sexuel »

Sexe des conseillers

Sexe Acteur	Sexe Conseiller		
	Femmes	Hommes	Tous
Femmes 63%	59 (44)	36 (27)	100 (71)
Hommes 37%	86 (38)	14 (6)	100 (44)
Tous 100%	69 (82)	28 (33)	100 (115)

Strate des acteurs citant un conseiller (N=118, NR=3).

Case : % ligne et (effectif)

Il faut se souvenir que les réponses reçues proviennent de 140 personnes : 64% de femmes (n=89) et de 36% d'hommes (n=51).

La strate examinée, à savoir celle des acteurs qui ont cité un conseiller comprend 63% de femmes, et 37% d'hommes. Elle est strictement analogue à l'échantillon global.

Dans cette strate, les conseillers cités comprennent 69% de femmes.

Pour résumer en une image simple, il ya toujours deux tiers de femmes et un tiers d'hommes qui ont agi (répondre au questionnaire, surveiller une personne) ou qui sont cités comme jouant un rôle actif (donner des conseils).

De manière attendue, 9 hommes sur 10 reçoivent des conseils d'une femme (86%), mais de manière plus remarquable 4 femmes sur 10 reçoivent des conseils d'un homme (36%).

Alors que les hommes ne reçoivent qu'excessivement rarement des conseils de santé d'un autre homme (14%) : on ne parle pas du corps « entre mecs ». Tendance remarquable si on se souvient de la fréquence des conseils relatifs au rôle économique et social.

Ages des conseillers

Age acteur	Ages des conseillers				
	18-35 ans	36-50 ans	51-65ans	65 ans +	Tous
18-35 ans	62 (16)	19 (5)	8 (2)	8 (2)	100 (25)
36-50 ans	3 (1)	55 (21)	29 (11)	13 (5)	100 (38)
51-65 ans	3 (1)	16 (6)	71 (27)	11 (4)	100 (38)
65 ans +	0 (0)	19 (3)	19 (3)	56 (9)	100 (15)
Tous	15 (18)	30 (35)	36 (43)	17 (20)	100 (116)

Strate des acteurs citant un conseiller (N=118, NR=2).

Case : % ligne et (effectif)

La question est de savoir s'il existe des conseils inter-âges, parfois intergénérationnelles. Dans le tableau ci-dessus, celles-ci sont représentées par la somme des % ligne de toutes les colonnes, sauf celle de la diagonale homophile.

Les acteurs qui ont entre 36 et 50 ans, et ceux qui ont plus de 65 ans ont cité des conseillers qui appartiennent souvent à d'autres tranches d'âge (respectivement 45% et 44%). Les acteurs qui ont entre 51 et 65 ans n'ont cité que 29% de conseillers hors de leur propre classe d'âge.

Cependant cette lecture peut être trompeuse car elle ne tient pas compte de la structure par âge de ce qu'on pourrait appeler la population des conseillers disponibles. Si on examine, comme nous l'avons fait avec les personnes, la contribution de chaque case au chi2, on constate à nouveau que ce sont les choix homophiles des jeunes (39%) et des seniors (16%) qui contribuent le plus à la dépendance entre les âges des acteurs et des conseillers (au chi2 total). Mais les autres choix homophiles pèsent également, de sorte que la diagonale rassemble 75% des choix qui s'écartent d'une distribution équi-probable. C'est 10% de plus que pour les personnes. Massivement on surveille et on est surveillé par des personnes de même âge.

2.3 Conclusion

Globalement la diffusion du questionnaire et l'acceptation d'y répondre ont été très bonnes puisque 96 contacts initiaux ont permis de recevoir 140 réponses. Celles-ci proviennent des classes moyennes supérieures.

Des suggestions d'amélioration des questions ont été discutées dans le texte, nous n'y revenons pas. Ces suggestions sont-elles généralisables, sont-elles utiles pour une enquête

auprès d'un échantillon national représentatif ? Elles portent principalement sur la structure logique du questionnement, et des améliorations dans ce domaine sont favorables à la compréhension par des répondants-tes de n'importe quel milieu social.

En amont, risquons-nous de poser à des gens des questions qu'ils ne se sont jamais posées ? Sans doute, et les réponses du type « je n'en connais aucun.... » peuvent avoir été formulées par des gens dont tout l'entourage s'occupe bien de sa santé, mais aussi par des gens qui n'ont pas vu matière à répondre, des gens à qui cette question « ne disait rien ». Dans un petit test comme celui-ci il n'y a aucun moyen de départager ces deux catégories. Dans une enquête plus longue, il faudra être très attentif à un effet de contexte sur ce module : si les répondants-tes ont auparavant déjà parcouru divers problèmes de santé, on peut penser que l'étrangeté d'une interrogation sur autrui -classique dans les enquêtes sur les relations personnelles- sera minimisée.

Le test a porté d'une part sur la manière dont les répondants-tes détectent une personne négligeant sa santé dans leur entourage et interviennent auprès d'elle, et d'autres part sur la manière dont les répondants-tes reçoivent des conseils de santé d'une personne de leur entourage. Cette sorte de « réciprocité des perspectives », pour reprendre un mot cher à George Gurvitch, est expérimentale. Une enquête large n'aura vocation à reproduire que les items concernant la surveillance des « négligents », et la nouvelle version du questionnaire présentée en annexe se limite à cette perspective. Nous étions partis du principe que le meilleur questionnaire – particulièrement sur le web- est souvent le plus court. Nous avons un peu étendu cette partie, mais c'est strictement nécessaire.

Enfin un module relationnel inséré dans une large enquête sur la santé devra évidemment tenir compte de la présence / absence d'autres modules relationnels dans l'ensemble du questionnaire. Ceci peut conduire notamment à adapter les catégories relationnelles proposées.

2.4 Annexes

2.4.1 Remarques des répondants-tes

Certains répondants-tes ont eu la gentillesse de m'envoyer un mail pour me faire part de leurs remarques. Je les reproduits ci-dessous anonymement et expurgées de notations confidentielles [un résumé entre crochets est inséré]. Certains appartenant au milieu des sciences sociales ces remarques peuvent être très méthodologiques. Qu'ils et elles soient remerciés de ces contributions à l'amélioration de ce questionnaire.

Remerciements particuliers pour Brigitte Dussart et Lise Mounier qui m'ont suggéré des modifications du questionnaire avant sa diffusion (mais je reste seul responsable de son état final).

- Suggestion d'un item supplémentaire concernant la question N°4 : Je connais une personne qui ne veut pas savoir si sa santé est bonne ou pas.

- Q4 un peu compliqué, mais acceptable

- Tu n'as pas mis les retraités.

Je trouve que ce questionnaire est gênant car il fixe sur une personne. Une personne à laquelle on pense. Une personne qui pense à vous. Il peut y en avoir plusieurs

-Un commentaire rapide : j'ai été gênée que cela soit ciblé sur une personne (qui ne prendrait pas soin de sa santé ou qui m'ait donné des conseils). Comment choisit-on la personne à qui on pense en remplissant les questions (âge, sexe...) ? J'ai été en particulier gênée dans la seconde partie. Dans le milieu des mamans à la sortie d'école ou dans mon milieu familial féminin, par exemple, on parle beaucoup de santé et en se donnant des conseils...

- Je n'ai pas de remarque à faire vu mon absence de compétence en matière d'études réseau. Mais c'est simple et efficace par rapport à ce que je devine de tes objectifs.

- J'ai reçu votre questionnaire par une amie et aurais souhaité vous aider, mais il est trop strict. Par exemple: il se trouve qu'un adulte de mon entourage... [Nb non reproduit : deux problèmes différents sont cités, l'un dont elle s'occupe et l'autre qu'elle néglige]. Donc elle s'occupe de certaines choses mais pas de tout. Aucune réponse ne correspond et je pense qu'on est nombreux dans ce cas !

-Un item bizarre : "partenaire sexuel, époux, épouse" (mais tu y as sûrement pensé longuement). Je limite là mes remarques !

- A titre personnel, j'ai été gênée par l'idée d'un proche qui ne s'occuperait pas de sa santé, sur deux aspects : dans le cas auquel je pense, il s'agit moins de quelqu'un qui ne s'occupe pas de sa santé que de quelqu'un qui ne s'en occupe pas de la manière dont je pense qu'il devrait s'en occuper, ou qui traite comme non lié à sa propre santé un problème dont il me semble qu'il affecte sa santé.

Par ailleurs, il ne s'agit pas de quelqu'un mais de deux personnes, d'un couple. [Nb Suivent des informations confidentielles non reproduites. Le point important est que le couple est en position d'aidant d'une tierce personne lourdement dépendante.]

Autre problème : le questionnaire suppose que je sélectionne un adulte de mon entourage. Là c'est peut-être plus une question que je me pose d'une manière générale et sur laquelle l'analyse de réseaux a des pistes de réponse. Comment rendre compte du processus par lequel je sélectionne un adulte parmi d'autres dans mon entourage comme "cobaye" de l'enquête ? Est-ce qu'on fait l'hypothèse que je parle de celui qui me tient le plus à coeur (ce qui me paraîtrait un peu court), ou que j'utilise cet alter-ci pour en "épargner" un autre. [Nb confidentiel non reproduit..] A minima, il me semble qu'il manque ici dans le questionnaire une explicitation des attentes ou d'une procédure, du genre "si vous connaissez plusieurs personnes dans ce cas, choisissez qui vous voulez".

Par ailleurs, il me semble que les modalités d'une question doivent autant que possible ne pas se recouvrir et traiter d'une seule dimension de la réalité sociale. OK pour qu'un alter soit à la fois un collègue et un ami et un confident et un camarade, voire aussi un parent, parce qu'il s'agit toujours du statut du lien, mais je mettrais la question de la fréquence des contacts à part, dans une autre variable. Ne serait-ce que pour des facilités de traitement des réponses.

[J'ajoute avec plaisir ce commentaire moins méthodologique que j'ai reçu] :

- Petite citation de Michel Audiard pour le travail d'Alexis : "Je me suis rendu compte que j'avais pris de l'âge le jour où j'ai constaté que je passais plus de temps à bavarder avec les pharmaciens qu'avec les patrons de bistrot".

2.4.2 Version améliorée du questionnaire

On ne propose ici que les questions permettant de faire citer une personne négligente dans l'entourage. Les questions sur les caractéristiques démographiques des répondants-tes

dépendront du reste d'une enquête large. Et, comme indiqué, les questions sur les conseils avaient une fonction expérimentale.

Parmi les adultes que vous connaissez, il y a sans doute des personnes qui s'occupent beaucoup de leur santé, et d'autres qui n'y font pas du tout attention. Vous pouvez penser à vos collègues, à des membres de votre famille, à vos amis, ou à d'autres connaissances.

[Q 1]

Certaines personnes ne s'aperçoivent pas du tout d'un certain problème de santé qu'elles ont. Parmi les adultes que vous connaissez avez-vous remarqué des personnes qui ne s'aperçoivent pas du tout d'un problème de santé qu'elles ont ?

- Oui, je connais au moins trois personnes comme cela. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]

- Oui, j'en connais deux. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]

- Oui j'en connais une. [Aller à Q 3 « Problèmes... »]

- Non, elles s'aperçoivent toutes les problèmes de santé qu'elles ont.

[Aller à Q 2 « Certaines personnes]

Parmi celles que vous avez remarquées, veuillez choisir la personne pour laquelle ne pas s'apercevoir d'un certain problème peut être le plus grave pour sa santé.

[Aller Q 3 « Problèmes.. »]

[Q 2]

Certaines personnes savent qu'elles ont un problème de santé mais ne s'en occupent pas.

Parmi ces adultes avez-vous remarqué des personnes qui savent qu'elles ont un problème de santé, mais ne s'en occupent pas ?

- Oui, j'en ai remarqué trois ou plus. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]

- Oui, j'en ai remarqué deux. [Aller à l'item « Parmi celles.. »]

- Oui, j'en ai remarqué une [Aller à Q 3 « Problèmes... »]

- Non, elles connaissent toutes les problèmes de santé qu'elles ont.

[Sauter à la suite du questionnaire général]

Parmi celles que vous remarquez, veuillez choisir la personne pour laquelle ne pas s'occuper de son problème de santé peut être le plus grave. [Aller à Q 3 « Problèmes... »]

[Q 3 : problèmes]

Pouvez-vous indiquer le problème de santé dont cette personne ne s'aperçoit pas ou dont elle ne s'occupe pas.

[Vous pouvez indiquer plusieurs problèmes]

Problèmes cardiaques ou vasculaires

Problèmes de cancer

Problèmes respiratoires, pulmonaires,

Problèmes de surdité

Problèmes de vue

Problèmes dentaires

Consommation excessive d'alcool, de psychotropes, de tabac, de drogues

Problèmes articulaires, osseux

Problèmes de diabète, cholestérol, obésité, anorexie

Problèmes psychologiques, dépression, violence

Problèmes gynécologiques, MST, urologie, érection

Autre :

[Q 4]

Qu'avez-vous fait vis à vis d'elle au cours des 6 derniers mois ?

[Vous pouvez indiquer plusieurs réponses.]

Vous lui avez dit que vous vous faisiez du souci pour sa santé

Vous lui avez donné des conseils précis pour sa santé

Vous n'avez rien dit parce que c'est son affaire

Vous n'avez rien dit parce que cela ne servirait à rien

Vous avez parlé avec quelqu'un qui peut lui donner des conseils

[Si possible, rotation de l'ordre des items.]

[Si une question 4bis est ajoutée (voir ci-dessous) le choix des deux premiers items renverrait à cette question complémentaire. On fera attention au fait que Q 4 est une multi-réponses].

[Q 5]

Comment connaissez-vous principalement cette personne ?

Epoux, épouse, ou partenaire habituel.

Famille proche (enfants, parents et beaux parents, grands parents).

Autres personnes de votre famille ou de celle de votre belle famille.

Ami-e proche, confident-e.

Personne connues dans des activités de loisirs ou militantes

Collègue ou ancien collègue.

Simple ami-e, connaissance, ami-e d'ami-e.

Autre :

[Q 6]

Cette personne..

Est une femme.

Est un homme.

[Q 7]

Quel est l'âge de cette personne ?

Elle a à peu près votre âge (au maximum cinq ans de différence)

Elle est plus âgée (6 à 20 ans plus vieille)

Elle est beaucoup plus âgée

Elle est plus jeune (de 6 à 20 ans plus jeune)

Elle est beaucoup plus jeune.

**Ces sept questions constituent le format minimum d'un module
« SRS Surveillance Relationnelle de la Santé »
pouvant être administré à un échantillon représentatif de la population française.**

Les autres questions présentées ci-dessous sont des compléments dont la pertinence et l'importance dépendent des autres contenus de l'enquête envisagée.

La Q 4 demandant à l'acteur ce qu'il fait vis-à-vis de la personne comporte l'item « *Vous lui avez donné des conseils précis pour sa santé* ». Ce type d'intervention était l'objet de la dernière partie du questionnaire lorsqu'il était demandé à l'acteur s'il avait *lui-même reçu des conseils* de la part d'une personne de son entourage. On a vu que, sous réserve de la spécificité « classe moyenne supérieure » de l'échantillon, cette question apporte des informations surprenantes. Elle peut être utilement ajoutée pour préciser les contenus des interventions des acteurs.

[Q 4bis filtrée par Q 4]

Pouvez vous indiquer plus précisément si vous lui avez dit..

[Vous pouvez donner plusieurs réponses]

De moins fumer, de moins boire, de limiter les psychotropes

De suivre un régime alimentaire, de faire de l'exercice

De consulter un médecin généraliste, ou spécialiste, ou un psychologue

D'en faire moins, de "lever le pied"

De consulter quelqu'un qui pratique une médecine alternative, douce

De vérifier sa vue, sa dentition, son audition

De prendre un médicament que vous connaissez

Autre :

[Si possible, rotation de l'ordre des items]

Enfin la question sur la CPS d'appartenance de la personne n'est pertinente que si les autres parties de l'enquête ne comportent aucune information sur la composition de l'entourage de l'acteur. Elle constituerait alors la Q 8. Dans le cas contraire elle peut ne pas être posée. Par contre il est exclu de considérer qu'elle serait plus importante que la Q 5 sur le type de relation. Dans une problématique de la surveillance relationnelle de la santé, il est crucial de savoir quel rôle relationnel permet de percevoir les états de santé de l'entourage.