

Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités

Anne-Sophie Cousteaux

▶ **To cite this version:**

Anne-Sophie Cousteaux. Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités. 2010. hal-03461709

HAL Id: hal-03461709

https://sciencespo.hal.science/hal-03461709

Preprint submitted on 1 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SciencesPo. PARIS | OSC CNRS

Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités

Anne-Sophie Cousteaux

Notes & Documents

n° 2010-01 Janvier 2010

Résumé :« Être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » Telle est la question à laquelle ont répondu 5 000 individus lors d'une enquête de l'INSEE menée sur la santé en 2001. Face aux enquêtes qualitatives, menées de longue date, sur les représentations sociales de la santé et de la maladie, l'analyse des réponses, courtes et stéréotypées, à cette question ouverte, ne peut évidemment prétendre au même degré de profondeur et de complexité. Elle pourrait pourtant compléter les tableaux déjà dressés par des enquêtes qualitatives qui n'ont pas vocation à la représentativité statistique. Plutôt que d'opposer les méthodologies à cause de leurs limites respectives, pour finalement renoncer à l'exploitation des questions ouvertes, il s'agit de se situer entre qualitatif et quantitatif en bénéficiant à la fois de la richesse du corpus textuel et de la capacité de synthèse des méthodes statistiques. Ce qu'offre le questionnaire, par la taille et la représentativité de son échantillon, c'est la possibilité de connaître la diversité des représentations de la santé telles qu'elles existent au sein de la population générale, de quantifier leur importance respective et de les décrire par les caractéristiques sociales et médicales des enquêtés.

Les méthodes d'analyse des données (analyse des correspondances et classification) appliquées au matériau textuel permettent d'identifier des sous-groupes d'individus se formant uniquement sur la base de leur vocabulaire. La typologie finale compte dix classes : « équilibre et hygiène de vie », « énergie », « bien-être », « absence de maladie », « absence de recours au médecin », « absence de traitement », « absence de douleur », « être heureux et vivre normalement », « capacité à mener ses activités » et « autonomie ». Elle est essentiellement structurée par l'âge, dans sa dimension biologique, comme détérioration progressive et inévitable de l'état de santé, et dans sa dimension sociale, comme cycle de vie. Face à la force explicative de l'âge, les autres caractéristiques individuelles (genre, position sociale, état de santé objectivé) introduisent des variations notables et intéressantes dans les représentations de la santé mais qui restent de second ordre.

Pour citer ce document :

Cousteaux, Anne-Sophie (2010). « Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités », Notes & Documents, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.

Pour une version électronique de ce document de travail et des autres numéros des Notes & Documents de l'OSC, voir le site web de l'OSC : http://osc.sciences-po.fr/publication/pub_n&d.htm

Abstract:

Compared with traditional qualitative surveys of lay perceptions of health, an open question about the meaning of good health produces shorter and necessarily more stereotyped responses and cannot obviously reach the same degree of complexity. Yet combining qualitative and quantitative approaches could take advantage of the detailed responses and of the summary produced by statistical methods. The data used here come from the "enquête permanente sur les conditions de vie des ménages" carried out by the French National Institute for Statistics and Economic studies (INSEE). In 2001, the rotating module focused on health and included an open-ended question: "What does being healthy mean to you?" Because of its size of 5000 individuals and its representative sample, this survey offers great possibilities to know the various perceptions of health in the whole population, to quantify their respective importance and to describe them by individual social and medical characteristics.

The statistical methods used (correspondence analysis then cluster analysis) aim at identifying several sub-groups of individuals formed only on the basis of the words they used to define good health. The cluster analysis reveals finally ten categories: "healthy lifestyle", "energy", "absence of serious illness", "well-being", "never go to the doctor's", "absence of medicine", "absence of pain", "being happy and leading a normal life", "capacity", "dependency" which are primarily affected by biological and social age, i.e. the deterioration of health with age and the life cycle. Compared with age, other variables such as gender, social class or health status, introduce significant and interesting variations in lay perceptions of health but to a lesser extent.

Readers wishing to cite this document are asked to use the following form of words:

Cousteaux, Anne-Sophie (2010). "Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités", Notes & Documents, 2010-01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.

For an on-line version of this working paper and others in the series, please visit the OSC website at: http://osc.sciences-po.fr/publication/pub_n&d.htm

La polysémie et la pluralité des dimensions de la santé rendent sa définition particulièrement délicate. Comment appréhender la santé d'un individu sans se perdre dans la diversité des indicateurs susceptibles de la cerner ? Il n'existe en effet pas de variable résumant à elle seule cet « état de bien-être complet » auquel la santé est souvent référée, et qui, selon l'OMS, ne saurait se limiter « à l'absence de maladie ». La durée de vie, qui offre un indicateur synthétique rétrospectif aisément objectivable et facilement mesurable, ne fournit pas non plus un indicateur parfaitement satisfaisant. Santé et durée de vie ne s'articulent pas simplement. Avec le développement des maladies chroniques au sein des sociétés industrialisées, la maladie peut désormais s'inscrire dans un temps long et donc dans le cours de la vie. Sous l'impulsion de l'OMS, démographes et épidémiologistes s'accordent aujourd'hui à distinguer « espérance de vie » et « espérance de vie en bonne santé ». D'où une certaine circularité de la relation entre santé et espérance de vie qui ajoute une certaine confusion et ne facilite pas vraiment son objectivation. Au regard de cette difficulté, la prise en considération de mesures subjectives, basées sur la santé perçue par les individus, apparaît comme une alternative empiriquement fondée, à défaut d'être théoriquement et complètement satisfaisante. L'expérience montre en effet que les indicateurs de santé perçue livrent des informations statistiquement exploitables sur les différences interindividuelles d'état de santé (Ferraro et Farmer 1999 ; Idler et Benyamini 1997). Cependant l'usage de la santé perçue comme indicateur synthétique se heurte nécessairement au problème des représentations et des critères mobilisés par les individus pour estimer leur état de santé personnel. Dans quelle mesure la définition de la « bonne santé » est-elle collectivement partagée ? Ce terme n'est-il pas susceptible de masquer des définitions et des représentations différentes selon les lignes de clivage traditionnelles : entre cultures, entre classes sociales, entre hommes et femmes, entre jeunes et plus âgés ?

Dans cette recherche, nous analysons les réponses à une question ouverte posée dans une enquête de l'INSEE menée en 2001 : « Être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » Prenant appui sur les représentations profanes de la santé que livrent ces réponses, cette étude, menée au moyen de techniques d'analyse des données textuelles, met ainsi en évidence la forte structuration des représentations par l'âge et secondairement par le genre. On est de ce fait conduit à s'interroger plus particulièrement sur ce que ces représentations révèlent de la différenciation sociale et sexuelle du rapport au corps, de la construction sociale du masculin et du féminin et des normes de comportement qui les sous-tendent et qui ont souvent des conséquences directes sur la santé, tant dans le domaine des comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, de drogue, comportements violents…), des habitudes apprises dans le recours aux soins ou des rôles attribués dans la gestion de la santé familiale qu'à l'égard des normes de séduction (valorisation de la musculature masculine et de la minceur féminine, sport chez les hommes et régime chez les femmes, etc.).

Outre l'opportunité de revenir sur une question classique de la sociologie de la santé depuis les travaux de Claudine Herzlich, l'élaboration d'une typologie des représentations profanes, à partir des méthodes d'analyse textuelle qui font l'objet d'une attention récente de la part des sociologues, donne également à cette recherche une ambition méthodologique, celle de s'interroger sur les intérêts et les limites d'un compromis entre qualitatif et quantitatif.

1. Les représentations profanes de la santé

1.1. Les premières typologies : l'évidence du social

1.1.1. L'expression du rapport de l'individu à la société

Dans son ouvrage pionnier, Claudine Herzlich (1969) identifie trois « formes de santé » dans le discours des individus. La « santé-vide » est simplement conçue comme l'absence de maladie, le « fond de santé » renvoie à un capital de robustesse et de résistance à la maladie, capital endogène à l'individu, tandis que l'« équilibre », conception positive de la santé, recouvre à la fois le bien-être physique et psychologique, la capacité à mener ses activités et à entretenir de bonnes relations sociales. Claudine Herzlich s'attarde surtout sur cette dernière conception, longuement développée par ses interviewés, parce qu'elle s'inscrit parfaitement dans la thèse centrale de l'ouvrage.

Les individus définissent la santé ou la maladie, non au regard d'un état corporel comme le fait la médecine, mais en fonction de ses éventuelles conséquences sociales. Cet état est interprété comme maladie lorsqu'il entrave les activités ou la participation sociale de l'individu. En cela, la santé, conçue comme équilibre, est une expression du rapport de l'individu à la société. Le parfait équilibre entre le physique, le psychologique et le social fonctionne surtout comme une référence normative. Il n'est pas un état corporel dont les individus font quotidiennement l'expérience, puisqu'il est constamment déséquilibré par ces petits maux communément ressentis, fatigue, douleurs, états dépressifs, etc. Parce qu'il comprend l'ensemble des dimensions de la vie humaine et finit ainsi par s'apparenter au bonheur, il est donc bien davantage un idéal à atteindre. Durkheim évoquait déjà la santé en ces termes : « La santé n'est même, dans les sociétés comme dans les organismes individuels, qu'un type-idéal qui n'est nulle part réalisé tout entier. Chaque individu sain en a des traits plus ou moins nombreux ; mais nul ne les réunit tous ». (Durkheim 1893 [2007], p. 330). Cette conception de l'équilibre n'est d'ailleurs pas sans rappeler la définition officielle de l'OMS qui insiste sur l'état de complet bien-être, à la fois physique, mental et social. La primauté que Claudine Herzlich attribue à l'équilibre dans son chapitre consacré aux formes de santé ne vient pas d'une sur-représentation significative dans le discours des interviewés[1]. Elle provient d'une hiérarchie que l'auteur établit entre l'organique et le psychosocial, « qui, de l'absence de maladie, conduit à la vraie santé, à l'équilibre » (Herzlich 1969 [1996], p. 89).

Même si les méthodes qualitatives ne visent pas la représentativité statistique, il faut néanmoins garder à l'esprit que les discours recueillis et analysés par Claudine Herzlich sont uniquement ceux de membres des classes moyennes et supérieures. Après l'incontournable présentation de la méthodologie en introduction, Claudine Herzlich fait par la suite peu de cas des biais éventuels qui pourraient justement incomber à la spécificité de son échantillon. Pourtant, en tentant de justifier théoriquement la construction de son échantillon, pour des raisons d'ailleurs discutables, elle reconnaît de manière implicite que les représentations sociales de la santé sont socialement situées : « Notre choix s'est porté sur ces deux

[1] Sur 80 interviewés, 40 évoquent la « santé-vide », 45 le « fond de santé » et 47 l'« équilibre ».

groupes – classes moyennes et intellectuelles – en fonction du rôle dynamique qu'on peut leur attribuer, nous semble-t-il, dans la genèse, la transformation, le renouvellement des idéologies de notre société » (Herzlich 1969 [1996], p. 26). En raison d'un rapport au corps et à la médecine socialement différencié, il est fort probable que les membres des catégories populaires n'expriment pas le même rapport à la santé et à la maladie que les membres des catégories moyennes et supérieures. Mais surtout, si, comme l'affirme Herzlich, le rapport de l'individu à la société transparaît dans le discours des interviewés, ce dernier devrait logiquement varier selon la position sociale.

Les enquêtes qualitatives menées en Grande-Bretagne auprès des membres des classes populaires conduisent effectivement à s'interroger sur l'universalité de la norme de l'équilibre. Si la santé peut être définie positivement par certaines mères de famille interviewées par Pill et Stott (1982), cette conception renvoie davantage à une humeur joyeuse et enthousiaste comme si la recherche d'un bien-être complet était hors de portée. L'équilibre est, en revanche, complètement absent des discours recueillis par Blaxter et Paterson (1982). La plupart des femmes issues de milieu populaire définissent la santé de manière fonctionnelle. Quand elles insistent sur l'importance de pouvoir mener leurs activités, ce n'est pas dans une perspective hédoniste de réalisation de soi, mais dans une optique utilitariste : il s'agit pour elles d'être capables d'assumer leurs rôles sociaux. Dans la façon de concevoir la santé, c'est principalement cette dichotomie entre hédonisme et utilitarisme qui s'impose entre les discours des catégories supérieures et ceux des catégories populaires.

1.1.2. Le reflet de la position sociale

Bien que s'inscrivant explicitement dans le prolongement du travail de Claudine Herzlich, Janine Pierret (1984) prend néanmoins quelques distances avec cette première typologie des représentations de la santé en trois postes. À partir d'une centaine d'entretiens non-directifs, elle retient quatre « formes de santé » résumées sous les termes « santé-maladie », « santé-instrument », « santé-produit » et « santé-institutions ». Cette nouvelle classification n'est pas un simple complément et approfondissement des types initiaux. À y regarder de plus près, à partir du même objet et de la même méthode, mais avec un échantillon plus diversifié socialement, leurs conclusions s'écartent.

Alors que Claudine Herzlich avait défini la « santé-vide » par défaut, comme simple absence de maladie, reléguée dans le domaine de l'organique, Janine Pierret souligne d'abord que définir la santé en référence à la maladie est la conception la plus fréquemment rencontrée dans les interviews, et ce, dans tous les milieux sociaux. De plus, la « santé-maladie » n'est pas seulement l'absence de maladie, mais tout le rapport social que l'individu entretient avec la maladie. La maladie est vécue comme imprévisible, résultant de facteurs exogènes. Elle peut s'inscrire dans la normalité de la vie courante. C'est le cas du rhume, de la grippe, des maladies infantiles. La maladie ne devient réellement pathologique que lorsque la rémission est longue et incertaine. Janine Pierret résume cette conception : la santé, ce n'est pas forcément ne jamais être malade, « c'est avoir la possibilité de tomber malade et de s'en remettre » (Pierret 1984, p. 234). De même, ce que Janine Pierret nomme la « santé-instrument » ne recouvre pas exclusivement le « fond de santé », la capacité organique de résistance à la maladie. Le corps est un instrument, c'est lui qui donne la « capacité à », la capacité à agir, mais surtout la capacité à travailler. Il n'est pas étonnant que cette conception soit fortement présente chez les catégories populaires, qui ne

possèdent que leur force de travail et en dépendent pour vivre. Si « le travail est le critère de la santé » (Pierret 1984, p. 237), la santé en est, à l'inverse, la condition indispensable pour ceux qui n'ont que leur corps comme outil de travail. Enfin, les deux dernières formes identifiées par Janine Pierret, la « santé-produit » et la « santé-institutions », qui correspondent exclusivement au discours des catégories favorisées, n'ont pas leur équivalent dans la typologie de Claudine Herzlich. La « santé-produit » correspond à une santé maîtrisable résultant en partie de comportements individuels sains, tandis que la « santé-institutions » fait de la santé individuelle le résultat de la santé publique en soulignant le rôles des institutions et de l'État.

Grâce à la diversification de son échantillon, Janine Pierret complète donc le tableau social des représentations de la santé brossé initialement par Claudine Herzlich. Dans le discours des interviewés, Janine Pierret attache une attention toute particulière aux variations socio-économiques, mesurées à la fois par la classe sociale, les niveaux de revenus et d'éducation. Elle montre à quel point la perception de la santé varie socialement, en s'ancrant profondément dans les conditions de travail et de vie. Claudine Herzlich avait parfaitement raison d'affirmer que, ce que l'individu exprime fondamentalement à travers son rapport à la santé et à la maladie, c'est son rapport à la société. Mais ce rapport à la société diffère nécessairement selon la position occupée dans l'échelle sociale.

1.1.3. Hédonisme des catégories supérieures, utilitarisme des catégories populaires

Interrogés par questionnaire sur la « meilleure définition de la santé », les usagers d'un centre de santé à Nancy fournissent des réponses variées desquelles se dégagent aussi une nette structuration sociale (d'Houtaud et Field 1984 ; d'Houtaud 2003). L'équilibre, dans le sens défini par Claudine Herzlich, c'est-à-dire comme équilibre physique et mental auquel s'ajoute une dimension sociale exprimée par le souci d'entretenir de bonnes relations familiales, apparaît ici comme une conception répandue de la santé, mais les cadres supérieurs et moyens l'évoquent nettement plus souvent que les ouvriers ou les agriculteurs. L'équilibre n'est donc pas une norme socialement partagée, mais une norme socialement située. D'autres façons d'appréhender la santé sont également caractéristiques du discours des catégories moyennes et supérieures. Leur façon de faire référence au corps les distingue particulièrement des catégories populaires, que ce soit par la négation du corps, ou plus précisément par sa relégation aux fonctions subalternes (« ne pas sentir son corps »), ou lorsque le corps est évoqué d'un point de vue global qui prend davantage en compte l'aspect mental que physique (« se sentir bien dans sa peau »). Le corps dans ces catégories doit laisser place à la jouissance et à la liberté d'action et s'effacer en ne générant aucune contrainte (« la vie sans contrainte », « profiter de la vie »). Ces conceptions hédonistes sont rarement exprimées par les catégories populaires. Ces dernières manifestent plutôt le souci de « ne pas être malade » et d'« être en pleine forme physique ». Ce capital physique est relié à la nécessité de « pouvoir travailler », notamment chez les agriculteurs. Il constitue le principal moyen de subsistance. Il ne s'agit pas de préserver la faculté de jouir de la vie sans entrave, mais de garantir plus trivialement les conditions d'existence. Ce constat éclaire la valeur que les classes populaires attachent à la santé lorsqu'elles la définissent comme « l'essentiel » ou « la plus grande richesse ».

Contrairement aux connaissances établies sur le degré de proximité médicale des catégories sociales ou aux résultats de Janine Pierret sur la santé perçue comme produit des comportements

individuels chez les catégories supérieures, ce sont bizarrement les employés, les ouvriers et les agriculteurs, qui, dans cette enquête quantitative, abordent le plus souvent le thème de la prévention sous les deux aspects du recours aux soins et de l'hygiène. Nul doute qu'il convient d'attribuer ce résultat contre-intuitif aux modes de constitution de l'échantillon et d'administration du questionnaire. Le questionnaire était soumis à des individus venus volontairement réaliser un examen médical, et donc soucieux de leur santé et des pratiques de prévention. Conscients de ce biais d'échantillonnage, d'Houtaud a répliqué son étude auprès d'un échantillon témoin d'habitants des Ardennes et de la Meuse. La principale différence apparaît justement sur le thème de la prévention puisqu'il a été évoqué par 14 % des usagers du centre de santé de Nancy mais seulement par 4 % de l'échantillon témoin. Ce biais de volontariat se double certainement d'un effet légitimiste induit par le lieu de distribution du questionnaire. Interrogés dans le centre de médecine préventive, les individus ont eu tendance à formuler des réponses auxquelles ils n'auraient vraisemblablement pas pensé en d'autres circonstances. En effet, 4 % des usagers du centre de santé, proportion qui s'élève même à 10 % chez les agriculteurs, ont répondu que la meilleure définition de la santé est de « passer un bilan régulièrement » alors que cet item n'est jamais évoqué dans l'échantillon témoin.

Pour résumer, les différences sociales ne s'expriment pas directement dans le rapport à la maladie. Définir la santé comme l'absence de maladie est une représentation socialement partagée. C'est dans la prise en compte des conséquences de la maladie, dans le rapport de l'individu à la société, que se révèle avec force les clivages sociaux. La maladie est perçue comme une entrave à la liberté d'action par les catégories supérieures et moyennes. Elle menace l'existence même des membres des catégories populaires en limitant leur capacité à travailler. Les classes moyennes et supérieures définissent la santé de manière plus positive et expressive et elles se caractérisent par une conception hédoniste de la santé, dans leur rapport au corps, mais plus fondamentalement dans leur manière d'appréhender la vie. L'adoption de comportements sains ou la recherche d'un équilibre total apparaissent alors comme des moyens de préserver sa santé afin de garantir sa liberté d'action dans un but d'épanouissement personnel. Dans leur discours sur la santé, les classes supérieures révèlent finalement leur maîtrise du monde social. Dans la valeur qu'elles accordent à la santé et dans les préoccupations utilitaristes qui sont les leurs, les catégories populaires trahissent, à l'inverse, le manque de contrôle qu'elles ont sur leur propre vie.

C'est peut-être parce que l'ouvrage pionnier de Claudine Herzlich traitait des représentations sociales de la santé sans se donner entièrement les moyens de mettre en évidence les éventuelles variations sociales de ces représentations, que les travaux ultérieurs ont eu tendance à se focaliser sur cette question et à s'intéresser particulièrement aux conceptions populaires de la santé. L'opposition entre hédonisme des catégories supérieures et utilitarisme des catégories défavorisées se révèle certes particulièrement structurante, mais ce primat donné aux variations sociales n'a-t-il pas conduit à sous-estimer l'effet modelant d'autres variables ? La position sociale est-elle le principal facteur capable de rendre compte de la pluralité des rapports à la santé ? Dans quelle mesure l'âge, l'état de santé objectivé ou encore le genre ne s'avèrent-ils pas des critères structurant fortement ces rapports en venant modifier, avec la spécificité qui est la leur, l'impact de la hiérarchie sociale sur les représentations profanes de la santé ?

1.2. Des déterminants moins stratifiés mais tout aussi sociaux

1.2.1. Une description des représentations des individus en bonne santé ?

Compte tenu de l'inévitable dégradation de l'état de santé avec l'âge, on s'attendrait à ce que la santé soit appréhendée différemment entre les plus jeunes et les plus âgés. Pourtant, quand ils rendent compte des variations par âge, les travaux précédemment cités en réfèrent comme d'une structuration secondaire. Janine Pierret ne fait que constater que la « santé-maladie » et la « santé-institutions » sont davantage exprimées par les jeunes quand la « santé-produit » est une préoccupation des plus âgés, mais elle ne s'attache pas à expliquer ces variations. Le fait qu'elle n'observe pas d'effet d'âge concernant la « santé-instrument » des catégories populaires, pourrait d'ailleurs renforcer l'idée que les représentations de la santé sont avant tout modelées par le milieu social. Alphonse d'Houtaud (2003) montre, quant à lui, un plus grand intérêt pour cette variable à la fois temporelle et sociale, en ce qu'elle définit des rôles et des places assignés. Il constate d'ailleurs une correspondance : les plus jeunes et les cadres ont une conception hédoniste de la santé, centrée sur le bien-être, la réalisation de soi, quand les plus âgés et les manuels ont un rapport essentiellement utilitariste à leur santé. Alors même que ses résultats pourraient être un simple effet de composition (les jeunes sont en moyenne plus diplômés que leurs aînés), ce qu'il ne vérifie pas rigoureusement, il affirme au contraire que la catégorie sociale modèle plus fortement l'image de la santé que l'âge.

Mais ces conclusions découlent avant tout des choix méthodologiques qui ont justement conduit à gommer la force des variations selon l'âge. Claudine Herzlich et Janine Pierret restreignent leurs études aux individus en âge d'activité, et ne s'intéressent qu'aux possibles variations avant et après 40 ans. En excluant les inactifs de son échantillon, au motif qu'ils forment une population trop hétérogène pour être comparés aux actifs, Alphonse d'Houtaud biaise forcément ses interprétations sur les 60 ans et plus. Il y a pourtant fort à parier que les représentations sociales des personnes âgées laisseraient apparaître des différences. Déjà, dans une population institutionnellement inactive, la santé ne peut être estimée à l'aune de l'activité professionnelle comme c'est le cas chez des individus plus jeunes. Quels sont les critères mobilisés par les retraités pour définir la bonne santé ? Mais il est également probable que des problématiques spécifiques, liées au vieillissement de la population et à ses conséquences, soient développées par les personnes âgées. Parmi les craintes formulées vis-à-vis de la maladie, quelle place occupe, par exemple, la question de la dépendance ? En écartant les plus âgés, ces études s'intéressent à une population en relative bonne santé. Cette tendance se trouve accentuée par le choix de se concentrer sur les bien-portants. Pour ne pas définir la santé et la maladie *a priori*, Claudine Herzlich et Janine Pierret ne retiennent pas le critère « malade / bien-portant » pour constituer leurs échantillons respectifs. Alphonse d'Houtaud assume, quant à lui, la priorité donnée à l'image sociale de la santé chez les bien-portants. Mais aucune de ces études ne réussit à identifier de variations selon un état de santé objectivé. Au final, dans quelle mesure ces études ne décrivent-elles pas les représentations de la santé des individus bien-portants ? En excluant les plus âgés et les plus malades de leurs échantillons, elles occultent certainement deux variables fondamentales, qui peuvent jouer, de manière plus déterminante encore que la classe sociale, sur la façon dont les individus conçoivent la santé.

Dans la définition de la santé et de la maladie, c'est l'identité même des individus, comme bien-portant ou malade, qui se joue. La maladie bouleverse l'identité. Selon Claudine Herzlich (1969), la maladie peut menacer l'identité, elle est alors « destructrice ». Pour conserver son identité, l'individu peut faire de sa maladie un « métier », son activité principale devient alors la lutte contre la maladie. Dans ces deux cas, les références normatives de l'individu restent inchangées. La différence ne tient qu'à l'acceptation ou non de la maladie et du rôle de malade. Mais la maladie peut aussi être pleinement assumée et être vécue comme une « libération » en ce que l'allègement des charges de la vie quotidienne permet de créer une nouvelle identité. Mais cette adaptation déviante, en ce qu'elle ne respecte pas l'injonction sociale à se soigner et si possible à guérir, apparaît somme toute assez rare. N'y a-t-il pas des adaptations à la maladie moins radicales que le renversement des références normatives ou la combat sans relâche contre la maladie qui permettent néanmoins de préserver une identité positive ? Une étude britannique sur les attitudes envers la maladie et la mort souligne justement que les individus atteints d'une maladie grave modifient parfois leur perception de la santé pour conserver une image positive d'eux-mêmes malgré leur inactivité (Williams 1990). Quand les références mobilisées pour définir la santé deviennent impossible à atteindre, notamment passé un certain âge, les individus n'ont-ils pas tendance à réévaluer à la baisse leur norme personnelle de bonne santé, pour maintenir le plus longtemps possible une identité sociale de bien-portant ? La modification des références normatives semble effectivement une adaptation à la maladie fréquente chez les malades chroniques et les personnes âgées.

D'après les travaux sur l'expérience de la maladie, la maladie n'est pas vécue sur le même mode selon que l'individu vient d'en prendre connaissance ou l'a progressivement acceptée comme partie de lui-même et de son histoire, selon que l'individu la vit comme inattendue dans son parcours ou comme s'inscrivant, au contraire, dans un cours considéré comme normal de sa vie. Les travaux sur l'arthrite, maladie typique de la vieillesse, en fournissent un bon exemple. Quand une maladie chronique telle que l'arthrite rhumatismale se révèle à un âge jeune, elle constitue généralement une « rupture biographique » au moment de sa déclaration et ce bouleversement soudain peut effectivement menacer l'identité personnelle (Bury 1983). Mais avec le temps, elle peut faire l'objet d'une « reconstruction narrative » de manière à rendre cohérent la maladie présente avec l'histoire personnelle passée (Williams 1984). Passé un certain âge, l'ostéoarthrite ne marque plus de rupture biographique puisqu'elle est vécue comme une affection normale et inévitable chez les personnes âgées (Sanders, Donovan et Dieppe 2002). Les perceptions de la maladie, et corrélativement de la santé, sont donc dépendantes de la normalité des moments auxquels surviennent ces affections. Des critères tels que le bien-être complet ou la pleine forme physique ne peuvent raisonnablement s'appliquer aux personnes les plus âgées. Pour prendre un exemple, ne pas être en mesure de courir 100 mètres constitue certainement un signe de mauvaise santé à l'âge de 20 ans, mais à 70, il n'importe plus vraiment de pouvoir courir, on peut parfaitement se satisfaire d'être capable de parcourir cette distance en marchant sans gêne.

Ce que montrent ces réévaluations normatives, c'est que si maladie et santé sont définies l'une par rapport à l'autre, elles ne sont pas toujours antinomiques. Certaines maladies sont jugées normales : c'est le cas des maladies infantiles, mais aussi des maladies de la vieillesse, comme l'arthrite, et en cela, ces maladies ne mettent pas en cause l'identité. Mais il est également possible de se considérer en bonne santé malgré la maladie. Dans son étude *Health and Lifestyles*, Mildred Blaxter (1990) établit une typologie

des représentations de la santé à partir des réponses individuelles à deux questions ouvertes qui invitent les individus à décrire une personne de leur entourage qu'ils jugent en bonne santé et à se décrire eux-mêmes quand ils se sentent en forme. Elle distingue notamment deux conceptions : « health as not-ill » et « health despite illness ». Répondre « ne pas être malade » dépend principalement de l'état de santé. Ceux qui sont en mauvaise santé ou souffrent de maladies chroniques, et notamment les personnes âgées, évoquent rarement la santé en ces termes, peut-être parce que, étant objectivement malades, ce serait reconnaître qu'ils ne sont pas en bonne santé. Mais ce n'est pas parce qu'ils sont malades, qu'ils se sentent et se considèrent malades. Ils peuvent continuer à se percevoir en bonne santé malgré leur(s) maladie(s), tant qu'ils réussissent à faire face à la maladie et que les conséquences sur la vie quotidienne restent limitées. Ils préservent ainsi une image de bien-portant. L'une des principales conclusions de Mildred Blaxter est justement que les représentations de la santé varient fortement au cours de la vie. Les jeunes insistent sur la forme physique, l'énergie. Avec l'âge, les définitions de la santé se font plus complexes et se centrent surtout sur le bien-être physique et psychologique. Les personnes âgées ont une représentation beaucoup plus utilitariste de la santé. Il importe, pour ces dernières, d'être toujours capables de mener leurs activités, et ce malgré la maladie et les limitations qu'elle peut impliquer dans la vie quotidienne. De cette comparaison dichotomique des représentations des plus jeunes et des plus âgés, nous pouvons retenir que le barycentre des normes de santé et des critères d'évaluation se déplace au cours de la vie, ce qui suggère l'adaptation des individus à une normalité mouvante concernant la santé.

1.2.2. Rapport au corps et représentation de la santé au prisme du genre

Une dernière caractéristique mérite une attention particulière. La construction sociale du masculin et du féminin induit un rapport genré au corps, qui, par certains des comportements qu'il prescrit aux hommes et aux femmes, entretient un lien évident avec la santé. Dans quelle mesure ces pratiques différenciées sont-elles associées à des préoccupations genrées vis-à-vis de la santé ? La façon dont les catégories sociales se représentent la santé suggère effectivement une correspondance entre la représentation de la santé et le rapport au corps. Le rapport instrumental que les catégories populaires entretiennent à leur corps, le considérant prioritairement comme un outil de travail, est associé à une conception utilitariste de la santé, qui valorise la force physique. Le rapport au corps est plus varié chez les catégories supérieures, à la fois expressif et réflexif. Le rapport expressif au corps autorise une conception plus hédoniste de la santé. Le rapport réflexif au corps permet de comprendre leur souci des comportements sains, des pratiques de prévention, l'attention portée à la santé. Dans le domaine de la santé, il existe un parallélisme entre genre et classe sociale. En termes de comportements vis-à-vis de la santé, les femmes peuvent être rapprochées des catégories supérieures, les hommes des catégories populaires. C'est ce que remarque Luc Boltanski à propos des « usages sociaux du corps » : « De fait, tout se passe comme si l'opposition entre le rapport au corps des membres des classes populaires et des membres des classes supérieures reproduisait l'opposition du rapport au corps des hommes et des femmes […] les femmes paraissent plus attentives que les hommes à leurs sensations morbides, s'écoutent plus que les hommes, à la façon dont les classes supérieures s'écoutent plus volontiers que les membres des classes populaires et entretiennent plus volontiers que les hommes un rapport douillet à leur corps » (Boltanski 1971, p. 224). Peut-on déduire de ce parallélisme entre genre et classe sociale dans le rapport au corps les représentations masculines et féminines de la santé ? Le rapport instrumental des hommes à leur corps se traduit-il par une conception

essentiellement utilitariste de la santé, centrée sur l'importance de la robustesse physique ? Le rapport plus expressif et réflexif des femmes à leur corps fait-il apparaître des préoccupations davantage tournées vers le bien-être et l'adoption de comportements sains ?

Les conclusions qui se dégagent des différentes études sur les représentations sociales de la santé ne confirment, ni n'infirment cette hypothèse. Au regard du genre, la relation entre représentation de la santé et rapport au corps apparaît plus complexe qu'une simple équivalence. D'après Claudine Herzlich et Janine Pierret, définir la santé comme l'absence de maladie est une conception plus fréquemment évoquée par les hommes. Quitte à forcer le trait, leur souci de ne pas être malade pourrait être interprété comme la volonté de préserver leurs capacités physiques, de manière à y lire une représentation utilitariste de la santé. Mais cette interprétation ne paraît pas satisfaisante dans la mesure où la représentation la plus utilitariste, identifiée par Janine Pierret sous le terme de « santé-instrument », celle qui fait du corps un outil, n'est pas plus masculine que féminine. Au contraire, la dichotomie hédonisme/utilitarisme pourrait même être inversée. La recherche du bien-être complet, ce que Claudine Herzlich nomme l'« équilibre », ne serait pas une préoccupation majoritairement féminine, mais masculine. D'après Claudine Herzlich, les femmes, bien qu'issues des classes moyennes et supérieures, font plus souvent référence au « fond de santé », c'est-à-dire à la capacité de résistance à la maladie, capacité qui comprend, entre autres, la robustesse physique. Quant à concevoir la santé comme le produit de comportements individuels sains, dont le lien avec le rapport au corps paraît le plus évident, aucune différence de genre n'est notée par Janine Pierret.

Mildred Blaxter est celle qui porte le plus d'attention à la dimension du genre. Elle souligne l'existence de différences de genre comme l'un des résultats majeurs de sa typologie des représentations de la santé. Pourtant, parmi les dix types qu'elle identifie, un seul est clairement marqué de l'empreinte du genre. Selon elle, définir la santé en référence aux relations sociales serait une conception éminemment féminine. Pour les plus jeunes, il s'agit d'entretenir de bonnes relations avec sa famille et ses enfants. Pour les plus âgées, c'est continuer à être capable d'aider les autres. Le genre peut aussi introduire des variations au sein d'une même conception. Quand la santé est synonyme d'énergie, de vitalité, les hommes l'estiment par rapport à leur travail professionnel, quand les femmes insistent sur l'ardeur qu'elles mettent dans leurs tâches domestiques. De la même façon, la définition fonctionnelle de la santé renvoie chez les hommes à la capacité de réaliser un travail physiquement pénible, chez les femmes à l'idée plus générale de « faire des choses ». Mais la principale différence entre hommes et femmes tient à la forme des réponses. Les femmes élaborent des réponses plus longues, plus variées, pour décrire la santé comme un concept multidimensionnel. C'est ce dernier argument que Mildred Blaxter retient pour conclure de l'effet modelant du genre. Ces résultats suggéreraient donc que les représentations de la santé sont globalement partagées entre hommes et femmes. Et les nuances introduites par le genre dans ces représentations tiendraient davantage aux rôles sociaux qui incombent aux hommes et aux femmes, qu'au rapport genré au corps. Néanmoins, on peut soupçonner que les études qualitatives menées sur de petits échantillons ne permettent pas de dégager des conclusions convergentes et robustes.

Rares sont les études sur les représentations profanes de la santé qui rendent compte des variations au sein de la population générale. L'étude de Mildred Blaxter menée en Grande-Bretagne auprès d'un échantillon représentatif de 9 000 individus constitue une exception. Mais une telle analyse n'a pas été produite en France puisque l'enquête quantitative réalisée par Alphonse d'Houtaud pose des problèmes évidents de représentativité. L'ambition de cette recherche est de combler ce manque. Il repose sur l'exploitation d'une question ouverte : « Être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » posée à 5 200 individus lors de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV) de l'INSEE en mai 2001.

Face aux enquêtes qualitatives, menées de longue date, sur les représentations sociales de la santé et de la maladie, l'analyse des réponses à cette question ouverte, ne peut évidemment prétendre au même degré de profondeur. En laissant une entière liberté dans la formulation des réponses, les questions ouvertes fournissent forcément des informations plus riches que les questions fermées. Elles produisent néanmoins des réponses plus stéréotypées, plus courtes, moins complexes, que celles qui peuvent être recueillies par des entretiens approfondis. L'analyse textuelle des réponses individuelles à cette question ouverte pourrait pourtant compléter les tableaux déjà dressés par des enquêtes qualitatives qui n'ont pas vocation à la représentativité statistique. Ce qu'offre le questionnaire, par la taille et la représentativité de son échantillon, c'est la possibilité de connaître la diversité des conceptions de la santé telles qu'elles existent au sein de la population générale, de quantifier leur importance respective et de les décrire par les caractéristiques sociales et médicales des enquêtés. Cette méthode est donc en mesure de répondre aux questions laissées encore en suspens. L'opposition entre hédonisme et utilitarisme, mise en évidence dans les années 1980, structure-t-elle toujours les représentations de la santé des catégories supérieures et populaires ? Comme nous l'avons montré, les études françaises ont eu tendance à privilégier la perspective des classes sociales, alors que Mildred Blaxter insiste sur les effets de l'âge et du genre. Il reste à déterminer l'importance de ces différents facteurs dans le modelage des représentations profanes de la santé. Quelles sont les représentations des personnes âgées ? La plupart des travaux portant sur les malades s'intéressent généralement à leur expérience concrète de la maladie, et n'abordent pas directement la question de la santé quand celle-ci est justement mise à mal par la maladie. Comment la maladie modifie-t-elle la façon de concevoir la santé ? La dimension du genre reste à approfondir. Les hommes et les femmes ont-ils des représentations de la santé relativement similaires, comme le suggère Mildred Blaxter, ou doit-on s'attendre à des disparités tenant non seulement à des places et à des rôles sociaux genrés mais également à une construction différentielle de l'intériorité induisant des perceptions de la bonne santé potentiellement différentes ?

L'approche des représentations sociales de la santé par le dépouillement des réponses à une question ouverte est également l'occasion de s'intéresser aux méthodes d'analyse textuelle qui se développent actuellement en sociologie. Ces méthodes permettent notamment de surmonter certaines difficultés de la méthode traditionnelle de post-codage thématique. Cependant, transformer les réponses individuelles en une typologie des représentations sociales de la santé est loin d'être une opération automatique laissée au seul logiciel. À chaque étape, de la création d'un vocabulaire restreint par regroupement de mots à la typologie finale produite par classification ascendante hiérarchique, le sociologue est confronté à des choix, plus ou moins subjectifs, dont dépendent nécessairement les

résultats obtenus mais qui s'avèrent indispensables pour donner sens au corpus textuel initial. C'est ce processus que nous allons auparavant décrire, à travers l'exemple de la santé, pour nous interroger sur les intérêts et les limites de ce compromis méthodologique.

2. L'analyse textuelle d'une question ouverte sur la santé

2.1. Intérêts et limites d'un compromis méthodologique

2.1.1. Des réticences atténuées à l'exploitation des questions ouvertes

On dénombre relativement peu de travaux en sociologie reposant sur l'exploitation approfondie de questions ouvertes. Christian Baudelot était, jusqu'à une période récente, l'un des rares sociologues à s'être aventuré dans cette voie. Dès la fin des années 1980, il avait préfacé l'ouvrage de Ludovic Lebart et André Salem sur l'analyse statistique des données textuelles convaincu que « l'une des contributions majeures de la statistique textuelle est […] d'animer ces graphes [d'analyse factorielle] en donnant la parole à chacun de ces individus » et de faire « vole[r] alors en éclats la traditionnelle mais artificielle distinction entre le qualitatif et le quantitatif » (Baudelot 1988a, p. V). Pour mesurer empiriquement la notion de « confiance en l'avenir » proposée par Edmond Malinvaud, il avait, dans un ouvrage collectif publié en hommage à cet économiste, exploité les réponses libres de lycéens professionnels de Nantes sur la signification qu'ils accordaient à l'expression « réussir sa vie » (Baudelot 1988b). Il avait d'ailleurs repris ces résultats dans *Le niveau monte* (Baudelot et Establet 1989) en consacrant un chapitre à la perception de la réussite en LEP. Quelques années plus tard, Christian Baudelot et Michel Gollac (1997, 2003) introduisent leur analyse des relations entre le bonheur et le travail en France, par l'exploitation d'une question ouverte placée en exergue de leur questionnaire : « Qu'est-ce qui, pour vous, est le plus important pour être heureux ? » Depuis quelques années, ce type de questions suscite un intérêt renouvelé chez les sociologues. En effet, il se développe des travaux centrés sur l'analyse de questions ouvertes sur des thèmes aussi variés que les raisons de la participation politique (Brugidou *et al.*, 2004), la profession souhaitée pour ses enfants (Poullaouec 2004), le sentiment d'appartenance à une classe sociale (Poullaouec et Pélage 2007 ; Vergès et Cibois 2006), les rapports des habitants avec leur quartier (Pan Ké Shon 2005) ou sur des commentaires recueillis auprès de sans-domicile (de Peretti 2006).

La sous-exploitation des questions ouvertes ne saurait uniquement s'expliquer par leur sous-administration dans les enquêtes de la statistique publique. Dans leurs enquêtes, les chercheurs de l'INED ont souvent accordé une place aux questions ouvertes. La première enquête sur le choix du conjoint, menée par Alain Girard en 1959, débutait par le recueil du récit spontané de la rencontre. Cette question a ensuite été reprise par Michel Bozon et François Héran dans leur enquête de 1983-1984. Il est vrai qu'à l'INSEE, l'introduction de questions ouvertes a été plus progressive. En cela, la collaboration de l'INED et

de l'INSEE semble avoir joué un rôle dans la transmission de cette pratique d'enquête[2], puisque depuis une dizaine d'années, l'INSEE intègre désormais des questions ouvertes dans ses enquêtes ménages (de Peretti 2006). Que l'institut apporte son crédit à ce type de questions pourrait rendre compte en partie de l'intérêt récent qu'elles suscitent. Il reste néanmoins révélateur de la sous-exploitation des questions ouvertes que la question sur la santé à l'origine de cette recherche, posée dans une enquête particulièrement visible comme l'EPCV n'a jamais été exploitée[3].

Les questions ouvertes ont longtemps pâti du coût de leur traitement. Censées fournir des réponses plus riches que les questions fermées, elles peuvent produire un nombre important de réponses inappropriées ou inclassables qui deviennent alors inexploitables (Schuman et Presser 1979). Pour permettre le traitement statistique, la variété des réponses individuelles doit nécessairement être réduite par un regroupement en quelques catégories. La méthode traditionnelle de post-codage thématique consiste à repérer les principaux thèmes évoqués par les interviewés, à établir un grille de codage et à essayer d'y classer chaque réponse. Le caractère fastidieux de ce recodage manuel s'accroît avec la taille de l'échantillon. Cette technique est donc particulièrement peu adaptée au traitement de gros échantillons, comme ceux de l'INSEE, et peut également participer à la sous-exploitation des questions ouvertes. C'est d'ailleurs la principale difficulté rencontrée par Mildred Blaxter. Alors que le *Health and Lifestyle Survey* porte sur 9 000 individus, elle établit sa typologie à partir de l'analyse approfondie d'un échantillon aléatoire de 10 % des répondants (Blaxter 1990). Si elle conserve ainsi la représentativité statistique de l'échantillon, elle n'est plus en mesure d'identifier des représentations de la santé peu fréquentes ou de caractériser finement ces représentations par le profil sociodémographique des enquêtés. En automatisant le recodage, les méthodes statistiques d'analyse textuelle peuvent aujourd'hui remédier en partie à ce problème de taille des échantillons.

Mais les réticences au traitement des questions ouvertes sont sûrement plus fortes et plus profondes qu'un simple renoncement face à l'ampleur de la tâche. Il est, à ce titre, symptomatique de constater que les questions ouvertes posées dans les enquêtes de l'INSEE font rarement l'objet d'exploitations par l'institut lui-même (de Peretti 2005). Et parmi les sociologues, elles intéressent davantage ceux que l'on nomme les « quantitativistes », alors même que les données textuelles sont d'ordinaire le matériau privilégié des « qualitativistes » Les réticences des uns et des autres sont parfaitement résumées par Lebart et Salem dans leur ouvrage d'introduction à la statistique textuelle : « Les réponses aux questions ouvertes, appelées encore réponses libres, sont des éléments d'information particuliers qui déconcertent à

[2] À titre d'exemple, les questions suivantes ont été posées dans des enquêtes co-produites par l'INSEE et l'INED : « Quelles étaient les raisons qui étaient à l'origine de votre mésentente ? » suivie de « Qu'est-ce qui a effectivement provoqué la séparation ? » dans l'enquête *Les femmes face au changement familial* (INSEE-INED, 1985), « Faites-vous d'autres sacrifices pour payer les études supérieures de vos enfants ? Si oui, lesquels ?» dans l'enquête sur les *efforts éducatifs des familles* (INSEE-INED, 1992)

[3] Lors d'un séminaire « Inégalités » de l'INSEE en juin 2007, Gaël de Peretti avait étudié la conception particulière de la santé chez les sans domicile, centrée sur les besoins primaires (manger, dormir …), et avait utilisé la question ouverte de l'EPCV de mai 2001 comme point de comparaison avec les représentations de la santé au sein de la population générale. Mais ces résultats exploratoires n'ont, pour l'instant, pas donné lieu à publication.

la fois les statisticiens et les spécialistes des études textuelles. Les premiers peuvent être découragés par le caractère imprécis et multiforme de ces réponses, les seconds par leur caractère artificiel, « non textuel » et leur forte redondance globale » (Lebart et Salem 1994, p. 24). C'est le caractère hybride, pour ne pas dire « impur », de ce matériau qui semble répugner les tenants des deux méthodologies.

Évidemment, en raison du mode de recueil par questionnaire, les réponses aux questions ouvertes ne peuvent être aussi riches que les récits obtenus par des entretiens approfondis. Même si le principe est de laisser l'interviewé répondre librement, la passation du questionnaire implique que les réponses ne soient pas trop longues, ne serait-ce pour que l'enquêteur ait le temps de saisir en direct les réponses. L'interviewé n'a pas le temps de développer sa pensée, de la nuancer. Il s'agit, au contraire, de recueillir un discours spontané, formulé dans les catégories de pensée de l'interviewé, avec le risque évident de produire des réponses stéréotypées. Ces limites liées au mode de recueil des informations sont renforcées par le traitement statistique qui impose un appauvrissement supplémentaire du vocabulaire et de la syntaxe.

Les réticences des statisticiens sont d'un autre ordre. Elles ne portent pas tant sur la qualité du matériau initial que sur celle du produit transformé, c'est-à-dire après recodage. La méthode traditionnelle de post-codage thématique implique une intervention forte du chercheur, que ce soit lors de la sélection des thèmes ou de l'attribution de chacune des réponses à un thème précis. Et derrière, la subjectivité se cache la présomption d'arbitraire. Pour revenir à l'exemple de la santé, Alphonse d'Houtaud a l'honnêteté de détailler sa méthodologie en présentant les 41 items qu'il avait initialement retenus et la façon dont il les a regroupés de manière à établir sa typologie finale en dix catégories. Mais il faut avouer que certaines de ses justifications sont discutables et trahissent d'un certain arbitraire dans les regroupements effectués. Quand il explique, par exemple, avoir « rassembler *la pleine forme* et *pouvoir travailler* dans un même groupement des *aptitudes physiques*, le travail pouvant malaisément être associé à un autre thème » (d'Houtaud 2003, p. 26), rien ne lui permettait pourtant de savoir si les enquêtés qui ont évoqué la capacité à travailler l'envisageait uniquement d'un point de vue physique. C'est sans doute au développement des méthodes statistiques d'analyse textuelle, qui permettent techniquement de traiter de gros échantillons, mais aussi de réduire substantiellement le caractère arbitraire des regroupements, qu'il faut imputer l'intérêt récent des sociologues pour les questions ouvertes.

2.1.2. Se situer entre qualitatif et quantitatif

Plutôt que d'opposer les méthodologies à cause de leurs limites respectives, pour finalement renoncer à l'exploitation des questions ouvertes, nous préférons nous situer entre qualitatif et quantitatif en bénéficiant à la fois de la richesse du corpus textuel et de la capacité de synthèse des méthodes statistiques (Jenny 1997). D'un point de vue positif, les questions ouvertes fournissent bien plus d'informations que des questions fermées. Une question telle que « être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » permet de savoir à partir de quelles références les individus estiment globalement leur état de santé. Dans sa traduction française, la question standardisée sur la santé perçue (« comment est votre état de santé en général ? ») conduit les individus à se placer sur une échelle allant de « très bon » à « très mauvais ». Elle réussit ainsi à englober la pluralité des dimensions de la santé, la qualité de vie comme l'histoire médicale, et produit généralement des résultats intéressants et exploitables. La santé perçue est en effet connue pour

être un bon indicateur de la morbidité (Ferarro et Farmer 1999) et un bon prédicteur de la mortalité à court et moyen terme (Idler et Benyamini 1997). Mais que recouvre précisément cette question ? Quel sens lui donnent les individus ?

Par ailleurs, on reste évidemment dans la logique du questionnaire qui est de produire moins d'informations que les entretiens mais sur un plus grand nombre d'individus. Dans le cadre relativement contraignant du questionnaire, les individus n'ont pas pu développer leur définition de la santé, ce qui aboutit à la formulation de réponses stéréotypées et redondantes. « Le statut de la répétition, et plus généralement celui de la fréquence avec laquelle les formes sont employées, est en effet très particulier [dans les réponses libres]. Les fréquences lexicales observées sont pour une large partie artificielles, car la même question est posée à des centaines ou des milliers de personnes…la juxtaposition des réponses constitue un texte redondant par construction, où les stéréotypes ne sont pas rares » (Lebart et Salem 1994, p. 24). Mais c'est justement parce que les réponses aux questions ouvertes sont répétitives, qu'il est possible d'y appliquer des méthodes classiques d'analyse des données. Basées sur la fréquence des formes lexicales, ces méthodes statistiques apparaissent particulièrement adaptées au traitement des questions ouvertes dans la mesure où elles sont capables de tirer parti de cette redondance. L'application des méthodes de classification au corpus textuel peut ainsi répondre à deux types d'usage. Dans une perspective qualitative, il s'agit d'élaborer une typologie, ici des représentations de la santé. Mais dans une perspective quantitative, il est également possible de réutiliser les catégories produites par classification comme un post-codage assisté de la question ouverte en question fermée.

En appliquant des méthodes classiques d'analyse des données à un corpus textuel, le regroupement des mots en classes et l'affectation des individus s'effectuent sur la base de critères statistiques, par exemple, la variance inter-classe et la variance intra-classe en ce qui concerne la classification ascendante hiérarchique. Parce qu'ils sont appliqués de manière systématique, ces critères sont plus objectifs que les critères que peut se fixer le chercheur lorsqu'il élabore une liste des principaux thèmes et essaie d'y classer chaque réponse individuelle. En cela, les méthodes statistiques d'analyse textuelle suivent une logique profondément inductive. Il ne faut pas croire pour autant que le logiciel produit un résultat satisfaisant de manière autonome. Il serait certes capable de produire un résultat, mais à partir du texte brut, il ne mettrait en avant que des classes basées sur des mots peu fréquents, brouillées par de nombreux mot-outils. En d'autres termes, sans l'intervention en amont du chercheur, sans ses choix méthodologiques, ses hypothèses et ses interprétations, le logiciel n'est pas à même de produire du sens sociologique face à des mots qui ne représentent pour lui que des chaînes de caractère similaires ou différentes, plus ou moins longues. Comme le défendent Claire Brossaud et Didier Demazière dans la conclusion de l'ouvrage qu'ils ont dirigé sur les *analyses textuelles en sociologie*, il convient de faire un usage raisonné des logiciels en ayant conscience qu'« il n'y [a] pas de neutralité des méthodes, même quand leur fixation dans des algorithmes informatiques pourrait laisser croire à un fonctionnement affranchi de tout présupposé, dégagé de toute composante interprétative » (Demazière *et al.* 2006, p.176). Même les opérations apparemment les plus simples, comme compter les mots, ne peuvent entièrement être confiées au logiciel et ne permettent pas de faire l'économie d'une mise en ordre et en forme par le chercheur.

2.2. Des difficultés de compter les mots

2.2.1. Formulation de la question et des réponses

Pendant dix ans, de 1996 à 2006, le dispositif des Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV), mis en place par l'INSEE, visait à disposer d'indicateurs sociaux harmonisés au niveau européen. Une partie variable pouvait être adossée à chacune des trois enquêtes annuelles (« qualité de l'habitat et environnement », « santé, logement, endettement », « participation et contacts sociaux »). En mai 2001, elle a été consacrée aux « comportements vis-à-vis de la santé ».

Étrangement, la question ouverte sur la signification de la bonne santé n'a pas été placée en introduction du questionnaire de la partie variable, mais en amorce de la partie consacrée aux habitudes de vie, qui fait suite aux questions sur les consommations de soins, les maladies chroniques ou graves, et les relations avec le système de soins. Sa place inattendue, au milieu du questionnaire, peut avoir modifié, par un effet de halo, les réponses que les individus auraient données spontanément s'ils avaient été interrogés sur la signification de la santé au début du questionnaire, c'est-à-dire avant de savoir ce que les concepteurs de l'enquête considéraient comme relevant légitimement du domaine de la santé. On sait, par exemple, que la santé auto-déclarée, mesurée par l'échelle allant de « très bonne » à « très mauvaise », dépend de l'ordre des questions. Après un questionnement détaillé sur l'état de santé, l'auto-évaluation tient davantage compte des éléments préalablement déclarés sur les incapacités et les limitations dans la vie quotidienne, et relativement moins de la présence de maladies (Clark et Vicard 2007). L'enchaînement des thèmes, a-t-il eu pour effet de recueillir des définitions essentiellement médicales de la santé centrées sur le recours aux soins et l'absence de maladie ? Les thèmes qui, au moment où cette question ouverte est posée par l'enquêteur, n'ont pas encore été abordés dans le questionnaire, c'est-à-dire les habitudes de vie, les conditions de travail et le bien-être émotionnel, apparaissent-ils spontanément dans le discours des enquêtés ?

Après suppression des non-réponses, il demeure 4 912 réponses exploitables, soit 95 % de l'échantillon initial. Ce très fort taux indique à l'évidence que la question fait sens pour les individus et qu'ils peuvent formuler une réponse. Une seule personne a explicitement exprimé qu'elle jugeait cette question sans intérêt.

À la lecture de l'ensemble des réponses, il apparaît d'abord que, si les individus ont compris la question, comme en témoigne le faible taux de non-réponses, ils ne l'ont pas tous entendu dans le même sens. Il ne leur était pas explicitement demandé de proposer une définition de la santé, mais de dire ce que signifiait, pour eux, d'être en bonne santé. Les individus se sont majoritairement placés sur le registre de la définition d'un bon état de santé et donnent des réponses variées comme « être en état de travailler, ne pas avoir de soucis chroniques », « faire du sport » ou « pouvoir me déplacer, faire tout ce dont j'ai envie ». Mais une part non négligeable a souligné la grande valeur qu'ils accordent à la santé, en répondant par exemple, être en bonne santé, « c'est primordial », « c'est la chose la plus importante dans la vie ». Dans leur réponse, les individus n'abordent généralement qu'un seul aspect, soit la définition de la santé, soit la valeur accordée à la santé, ce qui tend à renforcer l'hypothèse de deux interprétations différentes de la question posée. Il ne s'agit pas pour autant d'une mauvaise compréhension de la question, dans la mesure

où les réponses mettant l'accent sur la valeur accordée à la santé révèlent quelque chose de profond. La santé est une composante essentielle du bonheur. Durkheim, lui-même, établissait un lien entre ces deux notions : « En un mot, ce qu'exprime le bonheur, c'est, non l'état momentané de telle fonction particulière, mais la santé physique et morale dans son ensemble» (Durkheim 1893 [2007], p. 223). Au niveau individuel, quand on demande : « Qu'est-ce qui est, pour vous, le plus important pour être heureux ? », la santé est le mot le plus souvent associé au bonheur par les personnes interrogées, avant la famille et le travail (Baudelot et Gollac 1997). D'ailleurs, même quand il est explicitement demandé aux individus de donner ce qu'ils estiment être « la meilleure définition de la santé », certaines réponses renvoient directement au registre des valeurs : la santé, « c'est la plus grande richesse », « c'est l'essentiel » (d'Houtaud et Field 1984).

2.2.2. Une approche lexicométrique induite par le style de retranscription

Du point de vue de la forme des réponses, outre les corrections des fautes de frappe et d'orthographe, une harmonisation préalable du style des réponses s'est avérée utile. La transcription des propos de l'enquêté semble, en effet, assez peu fidèle. Les enquêteurs ont souvent adopté un style télégraphique, sans sujet, sans conjugaison, sans ponctuation, avec éventuellement des abréviations. Contrairement aux étudiants de sociologie, les enquêteurs de l'INSEE ne semblent pas formés aux « vertus » de la retranscription « mot à mot », avec tout ce qu'elle comporte d'hésitations, de reformulations, de répétitions. Lorsqu'elles avaient suivi des enquêteurs de l'INSEE, Céline Bessière et Frédérique Houseaux avait pu constater cette tendance à reformuler les propos des enquêtés de manière plus synthétique : « Ainsi, la plupart des enquêteurs n'ont pas saisi toute l'importance que nous accordions au recueil intégral des réponses aux questions ouvertes. Par exemple, à la question : « Si vous aviez le choix, quelle profession aimeriez-vous exercer ? », un enquêté répond : « le même métier, je l'ai choisi, il me plaît », l'enquêteur, lors de la retranscription, synthétise : « le même métier, il me plaît». Il supprime ainsi une précision fondamentale pour nous : la notion de choix qui s'inscrivait dans la problématique du rapport entre bonheur et travail ». (Bessière et Houseaux 1997, p. 113).

La saisie télégraphique des réponses par les enquêteurs de l'INSEE peut s'expliquer par plusieurs éléments. Même si, depuis une dizaine d'années, l'INSEE intègre des questions ouvertes dans ses enquêtes ménages, les réponses restent sous-exploitées et font rarement l'objet de traitements par l'institut lui-même. Ce manque d'intérêt de l'INSEE pour les questions ouvertes semble d'ailleurs confirmé par le fait que les réponses libres sont automatiquement limitées à 200 caractères. Le style télégraphique adopté par les enquêteurs se révèle alors comme un moyen de limiter le nombre de réponses tronquées.

Dans ces conditions, il n'est pas possible de démêler ce qui a été dit par l'enquêté et ce qui a été retranscrit par l'enquêteur. Les variations dans la formulation des réponses ne peuvent, en toute rigueur, être imputées aux enquêtés et tiennent certainement davantage au mode de saisie des enquêteurs. Le style majoritairement télégraphique des réponses induit, par conséquent, d'adopter une approche thématique qui s'attache davantage aux idées présentes dans le discours des enquêtés qu'à la façon dont elles ont été exprimées. Nous avons donc fait le choix d'harmoniser le style des réponses, en mettant toutes les tournures indirectes au style direct, en remplaçant les abréviations par les mots correspondants, et en supprimant les hésitations et les répétitions des quelques phrases retranscrites intégralement.

Parmi les différents types d'analyse textuelle (Jenny 1997), la forme laconique des réponses nous invite à choisir une approche lexicométrique, basée sur la fréquence des mots et des segments de mots. Après avoir créé un vocabulaire restreint par regroupement de mots, les méthodes d'analyse textuelle dérivées de la statistique fréquentiste consistent en une « mise en variables des textes » (de Peretti 2005) de manière à y appliquer les méthodes d'analyse des données « à la française »[4]. Plusieurs logiciels s'inscrivent dans ce type d'approche : Spad, Lexico, Hyperbase, Alceste… Pour des raisons de familiarité et d'accès, nous avons travaillé avec Spad. Comme ce logiciel a initialement été développé pour l'analyse de données numériques, la partie statistique du module textuel Spad-t est plus développée que la partie documentaire. Contrairement à d'autres logiciels, il ne dispose pas d'un dictionnaire pour regrouper les mots dans la phase de lemmatisation, ce qui implique de réaliser cette opération manuellement. En revanche, Spad est particulièrement adapté pour croiser les réponses aux questions ouvertes avec des questions fermées et ainsi pour étudier le vocabulaire de sous-populations (Guérin-Pace 1997).

Tous les mots ne peuvent être conservés dans leur forme originale. La moitié du corpus est constitué de mots n'apparaissant qu'une seule fois, appelés hapax. Or le traitement statistique usuel impose de ne travailler que sur des mots relativement fréquents. L'analyse ne se limite pourtant pas à un simple décompte des mots puisque les mots les plus fréquents ne sont pas toujours les plus intéressants, c'est le cas des mots-outils (articles, prépositions, pronoms relatifs, etc.). Il va donc falloir faire des choix en regroupant des mots et en supprimant les mots rares et les mots non informatifs. La création d'un vocabulaire modifié, préalable indispensable, est certainement la phase la plus délicate dans l'analyse textuelle sous Spad parce qu'elle nécessite une intervention directe du chercheur. Cette phase, appelée lemmatisation, consiste à regrouper des mots sous un même lemme afin d'éliminer les formes trop rares qui affaibliraient les analyses statistiques. Concrètement, il s'agit de définir des mots-racine et leurs équivalents. Certaines conventions existent : regroupement des substantifs au singulier, des adjectifs au masculin singulier, des verbes à l'infinitif, voire des synonymes. Mais, pour le logiciel, les mots ne sont que des chaînes de caractères, des formes séparées par des espaces ou des signes de ponctuation, ce qui pose des problèmes d'homonymie, de polysémie, de synonymie et de modalisation. Le sens du mot n'apparaît que dans le contexte dans lequel il est employé. La forme « or », présente neuf fois dans le corpus, peut, par exemple, désigner aussi bien la conjonction de coordination que le métal précieux. En éditant le contexte du mot, il apparaît clairement que « or » est employé par les individus comme une façon de souligner la grande valeur qu'ils accordent à la santé : « tout l'or du monde », « c'est de l'or quand on est en bonne santé », « ça vaut de l'or »… Ici, le mot « or » a donc un sens et ne doit pas être supprimé. Selon le seuil de fréquence retenu, il sera conservé tel quel ou regroupé avec un synonyme, par exemple, avec le mot « richesse » qui est employé dans un sens proche. De même, en éditant le contexte du mot « contrainte », on s'aperçoit qu'en référence à la santé, il est toujours employé dans une tournure négative. Absolument nécessaire dans la phase de lemmatisation, la procédure d'édition des contextes de mots se

[4] L'application des méthodes d'analyse des données aux textes n'est pas récente. Elle est, au contraire, présente dès le développement de ces méthodes par Jean-Paul Benzécri (1981).
Pour une présentation de ces méthodes, voir : L. Lebart er A. Salem (1994).

révèlera également essentielle dans l'interprétation des analyses statistiques, en offrant la possibilité d'un aller-retour permanent entre les résultats et le corpus initial. Finalement, après avoir fixé un seuil de fréquence à dix en dessous duquel les mots qui n'avaient pas pu être regroupés avec d'autres ont été supprimés, il reste 122 lemmes qui sont autant de variables sur lesquelles vont porter les analyses statistiques suivantes.

2.2.3. Avoir, être et pouvoir (faire)

Après lemmatisation, les dix formes lexicales les plus fréquentes sont par ordre décroissant : « être », « avoir », « bien », « pouvoir », « faire », « forme », « malade », « sentir », « aller » et « vivre ». Si le bonheur se résume principalement à deux dimensions, avoir et être (ou faire) (Baudelot et Gollac 2003), si réussir sa vie est envisagé par des lycéens sous trois angles, avoir, être et faire (ce que l'on veut) (Baudelot 1988b ; Baudelot et Establet 1989), la signification donnée à la santé s'articule autour des trois mêmes pôles : avoir, être et (pouvoir) faire. Claudine Herzlich avait elle-même associé chacune des formes de santé de sa typologie à l'un de ces verbes : « [...] après l'*être* de la « santé-vide », l'*avoir* du fond de santé, l'équilibre représente, en quelque sorte, le *faire* » (Herzlich 1969 [1996], p. 88). Cependant, plutôt que de répertorier les mots, il nous semble plus intéressant de les remettre dans leur contexte en étudiant les segments répétés[5]. En raison de l'importance des verbes dans la liste précédente, l'analyse sera centrée autour des principaux segments verbaux tels que présentés dans le tableau 1. Plusieurs remarques peuvent être formulées au sujet de ces segments. Le plus frappant, sans même lire le tableau, est le déséquilibre quantitatif entre les formulations positives et négatives. Bien que s'intéressant aux différentiels d'états de santé, les chercheurs approchent généralement la santé à travers ses contraires, les maladies, les incapacités, le décès, plus facilement objectivables. Les individus, quant à eux, évoquent plus fréquemment la santé dans des termes positifs. Les formulations négatives se limitent principalement aux maladies, aux douleurs et au recours aux soins. Être en bonne santé, c'est « ne pas avoir de maladie (grave) » ou plus vaguement « ne pas être malade », c'est aussi « ne pas avoir mal » ou en des termes plus forts, « ne pas souffrir », c'est enfin « ne pas aller chez le médecin » et « ne pas prendre de médicaments ».

Contrairement aux maladies, les incapacités ou la mort ne sont qu'indirectement associées à la santé dans le discours des enquêtés. Elles le sont par le biais de la capacité que la santé induit et des capacités particulières qu'elle offre, parmi lesquelles celles de « pouvoir vivre », de « vivre normalement » et de « profiter de la vie ». Dans le discours des enquêtés, cette capacité est résumée par le segment « pouvoir faire ». Elle peut aussi bien renvoyer à la volonté globale de pouvoir « faire ce qu'on veut » que se décliner autour d'activités précises, au premier rang desquelles le fait de « pouvoir travailler ». L'activité professionnelle comme critère d'évaluation de l'état de santé était effectivement l'un des résultats majeurs

[5] Dans cette analyse, nous n'avons retenu que les segments apparaissant au moins dix fois.

Tableau 1 – Les principaux segments verbaux

	Formulation positive	Formulation négative
ALLER (269)	Aller bien (82) Tout va bien (65) Aller travailler/au travail (50)	Ne pas aller chez le médecin (80)
AVOIR (1318)	Avoir la forme (130) Avoir envie (82) dont : Avoir envie de faire (16) Avoir le moral (52) Avoir une activité (16) Avoir de l'énergie (12) Avoir une bonne hygiène (12)	Ne pas avoir mal (197) dont : N'avoir mal nulle part (104) Ne pas avoir de maladie (126) dont : Ne pas avoir de maladie grave (62) Ne pas avoir de problème (80) Ne pas avoir de douleurs (49) Ne rien avoir (35) Ne pas avoir de soucis (20) Ne pas avoir recours au médecin (14)
ÊTRE (1958)	Être bien (420) Dont : Être bien dans sa peau (139) Être bien dans son corps (15) Être bien dans sa tête (61) Être bien physiquement (11) Être en forme (237) Dont : Être en bonne forme (12) Être en pleine forme (62) Être heureux (52) Être autonome (41) Bien-être (36) Être actif (31) Être capable (25) C'est le principal (11)	Ne pas être malade (419) dont : Ne jamais être malade (24) Ne pas être fatigué (49)
SE SENTIR (448)	Se sentir bien (373) dont : Se sentir bien dans sa peau (68) Se sentir bien dans son corps (15) Se sentir bien dans sa tête (13) Se sentir bien physiquement (10) Se sentir en forme (24)	
FAIRE (631)	Faire ce que l'on a envie/veut (95) Faire du sport (58) Envie de faire (42) Faire son travail (14) Faire des activités (11)	
POUVOIR (899)	Pouvoir faire (245) dont : Pouvoir faire ce qu'on veut (36) Pouvoir faire du sport (21) Pouvoir tout faire (21) Pouvoir travailler (144) Pouvoir vivre (58) dont : Pouvoir vivre normalement (27) Pouvoir se déplacer (57) Pouvoir marcher (52) Pouvoir aller (36) dont : Pouvoir aller travailler (20) Pouvoir se lever (30) Pouvoir profiter (12) Pouvoir se suffire (11)	
Autres segments verbaux fréquents	Se lever (104) dont : Se lever le matin (49) Se lever tous les jours (13) Vivre normalement / Mener une vie normale (74) Profiter de la vie (23)	Ne pas souffrir (149) Ne pas prendre de médicaments (95)

Lecture : Le segment « avoir la forme » apparaît 130 fois dans le corpus.

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

des travaux de Claudine Herzlich et Janine Pierret. Mais d'autres activités quotidiennes sont également évoquées : « se lever », « pouvoir se déplacer », « pouvoir marcher ». On imagine que ces préoccupations sont davantage exprimées par des personnes âgées, ce que l'étude du vocabulaire spécifique par âge et la typologie confirmeront par la suite. Même la problématique de la dépendance semble plutôt évoquée dans une tournure positive qui insiste sur l'état fonctionnel souhaité plutôt que sur les limitations redoutées. Il s'agit d'« être autonome » et de « pouvoir se suffire » à soi-même.

Le bien-être est une composante essentielle de la bonne santé pour les individus. Il correspond principalement à l'idée d'« être bien » et à son équivalent plus subjectif « se sentir bien ». C'est même l'idée la plus fréquemment évoquée dans le corpus. Si les individus insistent parfois sur son aspect physique (« être/se sentir bien dans son corps », « physiquement ») ou sur son aspect psychologique (« dans la tête »), le bien-être est plus souvent entendu dans un sens global, résumé par l'expression « être/se sentir bien dans peau » qui englobe ainsi les deux dimensions. Cette recherche de bien-être complet transparaît également dans l'importance accordée par les individus au fait d'« avoir la forme » ou d'« être en forme ». Sans précision, la « forme » ne semble pas se limiter à son caractère physique, mais doit également recouvrir le fait d'« avoir le moral ». Il est fort probable qu'ici « forme » soit essentiellement synonyme d'énergie[6], énergie qui donne notamment la capacité de mener ses activités. Pour cela, il ne suffit pas d'en être capable physiquement, il faut aussi en « avoir envie ». Comme nous allons le voir à présent, ces trois pôles, la maladie et ses conséquences comme contraires de la santé, le bien-être et les capacités comme définitions positives de la santé, ressortent avec force dans la typologie produite par classification.

3. Des formes de santé structurées par l'âge

3.1. Une typologie des représentations de la santé produite par classification

3.1.1. Classer le vocabulaire

Dans leur ouvrage consacré à la *statistique textuelle* (1994), Ludovic Lebart et André Salem proposent plusieurs méthodes pour visualiser l'espace des formes graphiques et établir des typologies[7], qui reposent toutes sur l'application des méthodes factorielles et de classification mais se différencient en fonction du tableau de contingence étudié. Dans une visée pédagogique, ils présentent d'abord l'analyse du tableau lexical agrégé croisant les formes graphiques (ou les lemmes) en lignes, et une question fermée en colonnes. Les réponses individuelles doivent être regroupées *a priori* en fonction d'une variable ou d'une combinaison de variables. Ces regroupements s'avèrent souvent nécessaires quand les réponses sont lexicalement trop pauvres. Mais cette technique suppose de bien connaître les variables les plus pertinentes pour le phénomène étudié dans la mesure où il est difficilement envisageable de tester tous les

[6] Cette hypothèse sera effectivement confirmée par la typologie.
[7] Se reporter au chapitre 5 « Typologies, visualisation ».

croisements et toutes les combinaisons de variables possibles. Or le rôle des différentes variables, sociodémographiques, socio-économiques et médicales, est justement l'une de nos questions de recherche dans cette étude exploratoire des représentations de la santé.

En l'absence de variable privilégiée, les auteurs préconisent trois autres méthodes. Pour approcher le « toutes choses égales par ailleurs » sans multiplier le croisement de variables, la technique de « partition en noyaux factuels » consiste, dans un premier temps, à créer des noyaux factuels, c'est-à-dire des groupes d'individus homogènes par classification hiérarchique, à partir d'une liste de descripteurs socio-économiques et, dans un second temps, à analyser le tableau de contingence croisant les formes graphiques en lignes et les noyaux factuels en colonnes. Plutôt que de croiser les variables, il est également possible de juxtaposer des tableaux lexicaux agrégés. Il ne s'agit plus ici d'une partition de synthèse, mais d'une juxtaposition d'autant de partitions qu'il y a de variables nominales retenues pour l'analyse. Dans ce cas, l'interprétation des proximités entre formes graphiques est rendue plus délicate et requiert une certaine homogénéité des partitions juxtaposées. Même en autorisant la sélection de plusieurs variables nominales, les méthodes des noyaux factuels et de la juxtaposition de tableaux lexicaux ne résolvent pas entièrement le problème du choix précis des variables introduites dans l'analyse et posent la question de leur homogénéité relative. Dans notre cas précis, doit-on se limiter aux variables socio-démographiques ou peut-on ajouter les variables d'état de santé ? Ces choix auraient des conséquences directes en termes de résultats puisque la forme du nuage de points dépend nécessairement de ces variables qui interviennent en tant que points-colonne de l'analyse des correspondances.

Une dernière méthode repose sur l'analyse directe des réponses et présente donc l'avantage de ne pas faire intervenir de variables nominales dans la construction du nuage de points. Elle est recommandée par Ludovic Lebart et André Salem dans une phase exploratoire. En effectuant un premier travail de regroupement, elle peut notamment aider à post-coder la question ouverte puisque, au terme de l'analyse, chaque individu sera affecté à une classe (de Peretti 2006). Il s'agit de l'analyse du tableau lexical entier qui croise les réponses individuelles en lignes, et les formes graphiques (ou lemmes) en colonnes. Plus les individus ont utilisé des mots correspondant aux mêmes racines, plus ils seront proches dans le nuage de points. Et de manière similaire, la proximité entre deux lemmes est plus grande s'ils apparaissent dans la même réponse. Cette méthode repose donc sur les co-occurrences. Elle est ainsi capable de mettre en évidence les contextes des mots, en reconstituant approximativement[8] les segments répétés. Les méthodes de classification appliquées au tableau lexical entier vont donc permettre d'identifier des sous-groupes se formant uniquement sur la base de leur vocabulaire, puis de décrire chaque classe par les mots utilisés et les caractéristiques individuelles qui y sont sur-représentés.

En conservant les 122 lemmes en variables actives, ce qui se divise en premier, ce sont les réponses formulées dans le domaine de la valeur accordée à la santé : être en bonne santé, « c'est la meilleure des choses », « c'est très important », « essentiel », « primordial », « c'est une grande

[8] Cette méthode ne tient pas compte de l'ordre des mots.

richesse »… Cela confirme statistiquement ce qui était déjà visible à la simple lecture des réponses, à savoir que les individus qui se sont placés dans ce registre n'ont pas donné de définition d'un bon état de santé, ce qui produit bien deux ensembles séparés. Par ailleurs, leurs réponses sont courtes et se limitent la plupart du temps à un ou deux mots. C'est pour cette raison que ces réponses ne constituent pas une seule classe qui recouvrirait la grande valeur donnée à la santé mais plusieurs petites classes formées autour d'une seule idée. Comme les proximités entre lemmes traduisent les co-occurrences, l'analyse factorielle des correspondances a pour propriété de séparer en premier lieu les mots qui ne sont jamais associés à d'autres mots du corpus, en créant des axes spécifiques, pour lesquels la variance est entièrement due à l'opposition entre ce(s) mot(s) et tous les autres. Notre étude s'intéresse davantage à la façon dont les individus ont défini la bonne santé. Nous avons donc décidé de positionner les lemmes utilisés dans le sens de la valeur accordée à la santé en variable supplémentaire afin d'explorer la structure sous-jacente. Ainsi, l'analyse porte sur 114 lemmes actifs croisés par 4 628 individus pour un effectif total de 14 813 occurrences.

Dans l'analyse du tableau lexical entier, les graphiques factoriels ne sont pas pertinents Le premier axe ne représente ici que 2 % de l'inertie totale du nuage. La décroissance très faible des valeurs propres tient au caractère clairsemé du tableau de contingence. L'analyse des correspondances ne sert qu'à conserver les coordonnées factorielles des individus. Nous avons retenu les 45 premiers axes factoriels pour lesquels la valeur propre est supérieure à la valeur propre moyenne. À partir des coordonnées factorielles, l'algorithme de classification ascendante hiérarchique consiste à agréger les points au fur et à mesure. Intuitivement, il s'agit de mettre dans une même classe les individus qui se ressemblent le plus en termes de vocabulaire utilisé pour définir la bonne santé. Statistiquement, la meilleure partition est celle qui minimise la variance intra-classe et maximise la variance inter-classe.

3.1.2. Les définitions médicales

La partition en quatre classes est celle qui satisfait le mieux à ce critère statistique. Mais elle ne présente qu'un intérêt limité puisque la première classe regroupe à elle seule 80 % des réponses. Elle permet néanmoins d'identifier les classes qui se séparent en premier. Il s'agit des définitions médicales de la santé. Une classe se forme autour de l'idée de ne pas avoir de maladie. Une autre révèle le souci de ne pas avoir recours aux soins, que ce soit en consultant le médecin ou en prenant un traitement médical de longue durée. Une dernière est centrée sur la douleur, exprimée d'une façon générale par le fait de n'avoir mal nulle part, ou plus précisément, par le fait de ne pas avoir mal au dos.

Finalement, nous avons retenu la partition en dix classes pour satisfaire à la fois aux critères statistiques et à un certain degré de finesse dans la description. Chaque classe d'individus peut être décrite au moyen des mots caractéristiques qui y sont statistiquement sur-représentés[9]. Dans un souci de clarté,

[9] La significativité de la différence entre la proportion d'un lemme dans la classe et sa proportion dans l'échantillon global est testée par une loi hypergéométrique. Ce test statistique peut être exprimé en nombre

ces dix classes peuvent être regroupées en trois sur-classes : le souci du bien-être, les définitions médicales et le maintien des capacités, qui ressortaient déjà de l'étude des segments répétés (tableau 2). Comme dans la partition en quatre classes, on retrouve logiquement les définitions médicales de la santé. Les classes « absence de maladie » et « absence de douleur » sont identiques. Mais le recours aux soins est maintenant subdivisé en deux classes : « absence de recours au médecin » d'une part et « absence de traitement » d'autre part.

Tableau 2 – Typologie des représentations de la santé

	Nom de la classe	Effectif (Fréquence)	Mots caractéristiques
Le souci du bien-être	Équilibre et hygiène de vie	679 (14,7 %)	Vie, bon, santé, mental, physique, avoir, problème, équilibre, équilibré, profiter, hygiène, capacité, moral, sain, soucis, rien, alimentation, fumer
	Énergie	1083 (23,4 %)	Être, malade, forme, dynamique, souffrir, autonome, heureux, fatigue, fatigué, actif, énergie, vitalité, liberté, jeune
	Bien-être	926 (20,0 %)	Bien, se sentir, peau, tête, corps, se porter, dormir, manger, douleur, être
Les définitions médicales	Absence de maladie	183 (4,0 %)	Maladie, avoir, grave
	Absence de recours au médecin	234 (5,1 %)	Médecin, voir, aller, besoin, recours, consulter, venir
	Absence de traitement	139 (3,0 %)	Médicaments, prendre, besoin, obligation, permanence
	Absence de douleur	194 (4,2 %)	Mal, part, nulle, avoir, dos
Le maintien des capacités	Être heureux et vivre normalement	197 (4,2 %)	Vivre, normalement, joie, normal, mener, plaisir, pouvoir, vie, heureux
	Capacité à mener ses activités	926 (20,0 %)	Faire, pouvoir, veut, travailler, envie, marcher, sport, activité, lever, déplacer, travail, s'occuper, bricoler, matin, ménage, capable, jour, contrainte, famille, loisirs, continuer, assurer, difficulté, bouger, assumer, quotidien, mouvement, aide, empêcher, gêne, manger
	Autonomie	67 (1,4 %)	Seul, suffire, débrouiller, autres, dépendance, pouvoir, autonome

Lecture : La classe « autonomie » représente 1,4 % des répondants et est caractérisée par les mots : seul, suffire, débrouiller, autres, dépendance, pouvoir, autonome. Elle appartient à la sur-classe « maintien des capacités ».

Note : Les mots indiqués sont significatifs au seuil 1 % et classés par ordre décroissant des valeurs-tests.

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Alors même que Janine Pierret insistait sur le fait que définir la santé en rapport avec la maladie était la conception qu'elle avait le plus fréquemment rencontrée dans ses entretiens, seuls 4 % des individus y font explicitement référence quand ils répondent à cette question ouverte. Cela signifierait que si la maladie est très présente dans le discours profane sur la santé, ce n'est pas forcément à elle que les individus pensent spontanément. Pour affiner et consolider les interprétations, chaque classe peut être caractérisée par les réponses les plus représentatives, au sens de la plus petite distance entre le profil lexical de

d'écarts-types d'une loi normale. Ainsi lorsque la valeur-test, égale à ce nombre d'écarts-types, est supérieure à 1,96 en valeur absolue, un écart est significatif au seuil usuel de 5 %.

l'individu et le profil lexical moyen. Autrement dit, les individus parangons sont les plus proches du centre de gravité de la classe. Par ce retour à la formulation exacte des individus, les réponses caractéristiques permettent de replacer les formes lexicales dans leur contexte et notamment d'étudier de quelle manière les mots caractéristiques d'une classe sont réellement associés (Lebart et Salem 1994). Alors que cette méthode tend statistiquement à favoriser les phrases longues, on constate que les réponses les plus caractéristiques de la classe « absence de maladie » sont courtes et ne développent qu'une seule idée. La formulation peut être très générale : *ne pas avoir de maladie*. Elle peut aussi faire référence à la gravité de la maladie : *n'avoir aucune maladie invalidante* ; *ne pas avoir de maladie grave*. Certains individus évoquent leur cas personnel : *ne pas avoir de diabète, de tension, de dépression* ; *ne pas avoir cette maladie*.

Mais il est très rare qu'une pathologie soit explicitement citée, même par ceux qui en souffrent, puisque seulement 45 interviewés, c'est-à-dire moins de 1 % de l'échantillon, ont désigné au moins une maladie précise dans leur réponse. Si les mots « malade » et « maladie » apparaissent respectivement 482 et 214 fois dans le corpus, le segment « maladie grave » 81 fois, le cancer n'est, en revanche, évoqué que deux fois, de même que la maladie d'Alzheimer, et l'infarctus une seule fois. Pourtant ces maladies sont généralement jugées graves. Outre les facteurs de risque et les pratiques de dépistage, le baromètre cancer 2005 de l'INPES abordait également les représentations associées à cette maladie au sein de la population générale. Les enquêtés étaient invités à citer les trois maladies qu'ils estimaient les plus graves. Le cancer ressort dans 92,3 % des triplets de réponse[10], suivi, pour les plus fréquentes, du sida (65,2 %), des maladies cardio-vasculaires (30,1 %) et de la maladie d'Alzheimer (14,6 %). Cette crainte est d'autant plus forte que 95,2 % des personnes interrogées considèrent que personne n'est à l'abri du cancer (Peretti-Watel 2006). Comment se fait-il que des maladies aussi présentes dans l'imaginaire collectif, et qui, au moment où la question ouverte sur la bonne santé est posée, viennent d'être rappelées par l'enquêteur au moyen d'une carte listant vingt groupes de maladies graves ou chroniques[11], apparaissent si peu dans le corpus ? Les maladies les plus fréquemment évoquées par les répondants sont la dépression et l'hypertension (6 fois), l'anxiété et l'arthrose (5 fois). Ce ne sont pas des maladies graves. De plus, la référence à une pathologie précise n'est pas forcément utilisée pour souligner la crainte ou la souffrance liée à cette maladie. Elle peut servir à définir la gravité : *ne pas avoir de problèmes graves. La grippe, ce n'est pas être en mauvaise santé*. Elle peut aussi permettre de souligner sa bien-portance en dépit de la

[10] Le très fort taux de citation du cancer n'est pas dû au thème spécifique du baromètre. Dans une enquête de l'INPES consacrée à la maladie d'Alzheimer et menée en 2008, le cancer fait partie des trois maladies les plus graves pour 93 % des répondants. En revanche, que cette enquête ait été menée dans le cadre du Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012 semble avoir eu une effet sur le taux de citation de cette maladie dégénérative : elle est retenue cette fois-ci par 27 % des personnes interrogées.

[11] Liste des maladies présentée par l'enquêteur : 01- Maladie cardio-vasculaire, 02- Hypertension, 03- Maladie articulaire et osseuse, 04- Maladie respiratoire, 05- Maladie du système digestif, 06- Maladie du foie et de la vésicule, 07- Maladie rénale ou de la vessie, 08- Maladie de la peau, 09- Maladie du système nerveux, 10- Paralysie, partielle ou totale, 11- Troubles mentaux, 12- Cancer, leucémie, tumeur maligne, 13- Diabète, 14- Désordres alimentaires importants, 15- Migraine, 16- Troubles importants du sommeil, 17- Etats dépressifs fréquents, dépression, 18- Séquelles graves d'accidents ou de maladies, 19- Surveillance d'une maladie grave ou chronique passée, 20- Autres maladies chroniques ou graves diagnostiquées. Ces dénominations générales sont complétées par une liste détaillée des maladies. Par exemple, les maladies du système nerveux désignent la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques et l'épilepsie.

maladie : *moi, je suis en bonne santé malgré ma périarthrite*. Finalement, si les individus préfèrent parler de maladie (grave) en général plutôt que d'une ou plusieurs pathologies clairement identifiées, c'est peut-être parce que ce vocable permet de résumer l'ensemble des affections qui viennent d'être citées par l'enquêteur, comme le dit l'un des répondants : *ne pas être atteint d'une des maladies que vous m'avez montrées*. Il importe de ne pas avoir de maladie grave, quelle qu'elle soit, c'est-à-dire de ne pas être atteint d'une maladie dont l'issue est incertaine ou malheureusement trop certaine. Ce qui est le plus effrayant dans la maladie, c'est que son traitement et la mort soient vécus dans la souffrance. Susan Sontag écrit à propos des métaphores de la maladie : « On redoute davantage le cancer que les maladies cardiaques, même si les victimes de thrombose coronaire ont plus de chances de mourir d'une maladie du cœur au cours des années suivantes, qu'un cancéreux de mourir du cancer. Une crise cardiaque constitue un événement important, mais qui ne procure pas une identité nouvelle, qui ne fait pas du patient « l'un d'eux ». […] Et l'on croit souvent qu'à cause de son caractère instantané, une crise cardiaque constitue une mort facile. Les maladies les plus terrifiantes sont celles que l'on croit non seulement létales, mais aussi déshumanisantes au sens propre » (Sontag 2009, p. 162-163). C'est ainsi qu'il faut interpréter le fait que le sida soit la deuxième maladie jugée la plus grave, après le cancer, alors même que sa prévalence est bien inférieure aux maladies cardio-vasculaires.

Les douleurs ressenties ne sont pas directement associées à la maladie ou à la vieillesse. Elles sont décrites, par ceux qui en souffrent, comme un mal qu'ils aimeraient voir s'atténuer ou disparaître : *avoir moins de douleurs, n'avoir mal nulle part*. Ce n'est pas la maladie qui empêche de vivre, mais l'usure et la gêne produites par les douleurs. C'est ce que traduisent plusieurs réponses caractéristiques dans les associations sur lesquelles elles reposent : *avoir mal nulle part, avoir la pêche* ; *ne pas être fatigué, avoir mal nulle part* ; *n'avoir mal nulle part et être en forme*. La fréquence de l'expression « n'avoir mal nulle part » montre que pour les individus interrogés la douleur est obsédante et en ce sens handicapante.

Même si elle n'est pas explicitement abordée, la maladie apparaît néanmoins en filigrane dans les propos des interviewés. À propos du médecin ou des médicaments, il n'y a visiblement pas de rejet du médical mais les individus insistent dans leurs réponses sur le fait de ne pas en avoir besoin : *ne pas avoir à aller chez le médecin* ; *ne pas avoir besoin d'aller consulter le médecin* ; *ne pas prendre de médicaments mais surtout ne pas en avoir besoin* ; *ne pas avoir besoin de prendre des médicaments* ; *avoir besoin de prendre très peu de médicaments*. On peut supposer que derrière ce besoin d'échapper aux soins, c'est vouloir éviter les traitements longs, fastidieux, contraignants, et au-delà rejeter les maladies au long cours. Ces individus ne parlent évidemment pas de soigner un rhume ou une maladie bénigne, mais ils pensent aux maladies nécessitant un traitement de longue durée, parfois à vie, comme le VIH, l'hépatite B, le diabète… Derrière cette idée d'absence de besoin, c'est donc à la maladie grave que les individus font référence. Et la maladie crée alors la nécessité de se soigner : *ne pas être obligé de prendre des médicaments, parce que pour moi c'est une corvée.*

Mais plus généralement, on peut tout de même s'étonner que les définitions médicales de la santé ne représentent qu'une faible part (16,3 %) des réponses individuelles. D'autant plus que dans le questionnaire, la question ouverte faisait suite aux thèmes de la maladie et du recours aux soins, ce qui

pouvait laisser craindre une prépondérance des définitions médicales par effet de halo. Ce paradoxe renforce donc l'idée que spontanément, la santé est appréhendée sur d'autres registres par les individus.

3.1.3. Le souci du bien-être

Plus de la moitié des profils (58,1 %) de réponse identifiés par la classification renvoient, en effet, assez largement au souci du bien-être. Au moment où la question « être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » est posée, ce thème n'a pourtant pas encore été abordé par les enquêteurs. D'ailleurs, au regard de leurs réponses, on constate que les individus approchent le bien-être de manière positive, et non au travers des manifestations psychologiques du mal-être proposées par les concepteurs de l'enquête. Dans les réponses, il est rarement fait référence à la nervosité, à l'anxiété, au stress ou au sentiment de solitude. La classification permet de dégager trois définitions du bien-être en lien avec la santé.

La première, que nous avons appelée « équilibre et hygiène de vie », correspond à 14,7 % des réponses. Elle s'articule autour de trois idées principales : la recherche d'un équilibre entre le physique et le psychologique, qui ne doit pas être entravé par des problèmes de santé et qui est notamment le produit d'une hygiène de vie et de comportements sains concernant l'alimentation et le tabac. Les réponses les plus caractéristiques de cette classe sont : *avoir une activité de détente pour le moral et le physique, être rigoureux dans l'hygiène quotidienne ; avoir un bon équilibre ; n'avoir aucun problème physique, avoir une bonne alimentation ; me maintenir en bonne forme physique et morale ; avoir un bon équilibre, avoir le moral, être optimiste ; avoir un travail, avoir de bonnes finances, avoir une vie équilibrée*. Même sans avoir été suggéré par les enquêteurs, les habitudes de vie sont effectivement associées à la santé dans l'esprit des répondants. Les pratiques sportives ne ressortent pas dans cette classe mais dans le profil « capacité à mener ses activités ». Cela tient à cette méthode qui, en reposant sur les co-occurrences, associe logiquement « sport » à « (pouvoir) faire ». En revanche, contrairement aux connaissances médicales sur les méfaits de l'alcool, la consommation excessive n'est pas soulignée par les interviewés au même titre que le régime alimentaire ou le tabac. Il peut, par ailleurs, paraître étonnant que dans cette classe, où les individus prônent l'équilibre et la modération comme mode de vie, ressorte un verbe empreint d'hédonisme tel que « profiter ». Là encore, il faut y voir une conséquence de la méthodologie employée. Cette classe est essentiellement constituée autour du terme « vie », c'est le mot le plus caractéristique de cette classe. Or l'édition du contexte de « profiter » montre que les répondants l'ont utilisé dans l'expression « profiter de la vie ». C'est cette co-occurrence qui a conduit l'algorithme à classer « profiter » à cet endroit alors même que dans le détail des réponses, « profiter de la vie » n'est jamais associé aux idées d'équilibre et d'hygiène de vie.

La deuxième conception, que nous avons intitulée « bien-être », est celle qui se rapproche le plus de l'hédonisme. Pour 20 % des interviewés, être en bonne santé, c'est ressentir un complet bien-être, c'est « se sentir bien dans sa peau, dans sa tête et dans son corps ». Le physique et le psychologique ne sont pas reliés par la notion d'équilibre comme précédemment, mais ils sont davantage envisagés comme une totalité : *se sentir bien dans sa tête et dans son corps et ne pas être limité dans nos activités ; être bien tous les jours, se sentir bien ; être bien dans tous les sens*. L'un ne fonctionne pas sans l'autre. Ce bien-

être complet n'est pas assuré par l'adoption de comportements sains mais par une attention particulière aux besoins physiologiques. Il est important de *bien manger […]* et de *bien dormir […]*.

Le souci du bien-être s'exprime également à travers un troisième type de discours. Les individus appartenant à la classe « énergie » (23,4 % de l'ensemble des répondants) n'envisagent pas vraiment la maladie en tant que telle mais l'état qui peut en résulter. Le discours est fondé sur une opposition claire des termes : *jamais malade, pas de douleurs, être en forme ; être en forme, ne pas être fatigué*. Être malade est associé à la fatigue et à la douleur, alors que l'état de bonne santé renvoie à l'idée d'énergie qui peut être décrite à travers des synonymes : vitalité, être en forme, être actif, être dynamique. Mais cette énergie peut aussi être décrite de manière très précise. *Pouvoir courir en endurance 30/45 minutes sans s'essouffler* est l'une des réponses les plus caractéristiques de cette classe.

3.1.4. Le maintien des capacités

Un quart des individus (25,6 %) ont répondu à la question ouverte sans définir précisément ce qu'est la santé mais en insistant sur ce qu'un état de bonne santé permet de faire ou de continuer à faire. Ils ont un approche utilitariste de la santé. La sur-classe regroupe trois profils de réponses qui ont en commun le verbe « pouvoir ».

Dans ce regroupement, la classe « capacité à mener ses activités », centrée autour de l'idée de « pouvoir faire », occupe une place prépondérante. 20 % des individus y sont rattachés. Certains individus insistent sur le fait d'être capable de faire tout ce qu'ils veulent ou tout ce dont ils ont envie : *ne pas être empêché de faire quoi que ce soit […] ; pouvoir faire ce qu'on veut sans être fatigué*. Mais la plupart évoque des activités précises : travailler, se lever, bricoler, faire le ménage, s'occuper de sa famille, avoir des loisirs ou faire du sport. Dans cette liste, on remarque également des préoccupations qui renvoient très certainement aux problèmes de mobilité des personnes âgées : pouvoir marcher, se déplacer. Finalement, il s'agit, pour ces personnes, d'être capable d'« assurer », d'« assumer », comme elles le disent, leurs activités quotidiennes. Cette dimension temporelle est accentuée par la présence de « jour » et de « matin » dans les mots caractéristiques. Il ne suffit pas d'être capable de mener ses activités, il faut en être capable quotidiennement, tous les jours, tous les matins. Du point de vue de l'interprétation, il aurait été intéressant que la typologie isole une classe autour de « pouvoir travailler » de manière à séparer les préoccupations des actifs et des retraités. Mais les partitions suivantes (à 13 ou 14 classes selon les critères d'agrégation de la classification ascendante hiérarchique) ne conduisent pas à subdiviser la classe « capacité à mener ses activités ». Si les réponses les plus caractéristiques évoquent généralement le travail, elles l'associent à d'autres activités : *pouvoir bouger, faire son travail ; être en activité, pouvoir sortir ; pouvoir fonctionner, pouvoir travailler, pouvoir avoir une activité sportive, sociale et familiale ; pouvoir être active et continuer mon travail, faire mes loisirs*. Par ailleurs, il n'importe pas seulement de pouvoir faire, mais de le faire sans contrainte, sans gêne, sans aide, sans difficulté : *avec ce qui se passe, pouvoir faire son travail sans se sentir angoissée ; pouvoir travailler, se déplacer, faire la fête, sans problème ; pouvoir disposer de ses mouvements sans contrainte et sans douleur*.

La classe nommée « être heureux et vivre normalement », qui représente 4,2 % des réponses, est construite autour de « vivre ». Or ce verbe semble avoir été employé dans deux sens différents qui ne se

recoupent pas. La phrase la plus caractéristique de cette classe est : *pouvoir vivre normalement*. Cette idée rejoint les préoccupations précédentes. Vivre normalement ou mener une vie normale résume sans doute, dans l'esprit des interviewés, l'ensemble des activités quotidiennes décrites antérieurement. Cette inquiétude pragmatique semble en contradiction avec les autres mots caractéristiques : joie, plaisir, heureux. C'est qu'avec « vivre » se développe en parallèle un discours foncièrement hédoniste : *vivre sans contrainte ; bien vivre, vivre tout court ; quelqu'un qui est épanoui, qui a le plaisir de vivre ; avoir la joie de vivre, avoir du plaisir à s'occuper de soi*.

La dernière classe de la typologie ne concerne que 1,4 % des répondants. Elle révèle aussi le souci de continuer à mener ses activités. Mais l'insistance est portée sur la possibilité de le faire seul, ou autrement dit, sans l'aide des autres. La santé est ici garante de l'autonomie. Avant même d'étudier le profil par âge des différentes classes de la typologie, il est évident, au regard du vocabulaire utilisé, que les personnes âgées sont sur-représentées dans cette classe : *pouvoir vivre sans l'appui des autres, pouvoir se débrouiller tout seul ; pouvoir se mouvoir seul, ne pas être dépendant de quelqu'un ; se déplacer seul sans l'aide de personne ; se déplacer seul et pas en maison de retraite ; pouvoir se suffire à soi-même, ne dépendre de personne, se débrouiller seul ; être comme les autres et ne pas souffrir ; ne pas souffrir et être capable de se suffire*.

La comparaison de notre typologie établie par classification ascendante hiérarchique avec celles de Blaxter (1990, p. 20-30) et de d'Houtaud et Field (1984, p. 41-43) élaborées à partir d'un post-codage manuel fait apparaître des similitudes mais aussi des différences (tableau 3). On retrouve certaines classes : équilibre et hygiène de vie, énergie, absence de maladie. En revanche, la distinction conceptuelle qu'opèrent Blaxter, d'Houtaud et Field entre forme physique et bien-être psychologique ne ressort pas dans notre typologie. Dans le discours des interviewés, ces deux dimensions sont profondément associées. Par ailleurs, là où les méthodes d'analyse textuelle nous conduisent à considérer l'absence de recours au médecin, l'absence de traitement et l'absence de douleurs comme autant de définitions médicales distinctes, Blaxter a regroupé ces idées au sein d'une même classe qu'elle nomme « health as not-ill » et qui comprend également l'absence de symptôme. On peut y voir ici une conséquence de la taille des échantillons. Dans notre typologie, les quatre classes appartenant aux définitions médicales représentent chacune moins de 6 %. Or rappelons que Blaxter n'a pu travailler que sur un échantillon de 900 individus, ce qui rend les idées peu fréquentes plus difficiles à isoler volontairement sauf si une hypothèse guide la lecture des réponses individuelles. Blaxter définit, par exemple, le profil « health as a reserve » en référence au « fond de santé » défini par Claudine Herzlich, même si elle précise immédiatement que cette conception a rarement été évoquée par ses propres enquêtés. C'est d'ailleurs une classe qui est absente de notre typologie. Pour en revenir aux définitions médicales de la santé, alors que Blaxter et nous-même observons un rapport négatif au médical envisagé par les répondants sous l'angle du curatif, et donc de la présence d'une maladie, d'Houtaud et Field insistent sur le thème de la prévention, mais rappelons que ce résultat tient surtout à leur échantillonnage réalisé dans un centre de santé. Ensuite, le thème du maintien des capacités est nettement plus développé dans notre typologie. Chez Blaxter, il se limite à une seule classe intitulée « health as a function » qui, dans sa description, correspond parfaitement à notre classe « capacité à mener ses activités ». Chez d'Houtaud et Field, il se résume à un seul item : la capacité à travailler, mais encore faut-il rappeler qu'ils ont restreint leur étude à la population active. Enfin, le thème

des relations sociales, tel qu'il a été défini par Blaxter, c'est-à-dire comme le fait d'entretenir de bonnes relations et d'être capable d'aider les autres, thème clairement féminin, est complètement absent de notre typologie. S'occuper de sa famille est bien un souci exprimé par certains interviewés, mais il ne se différencie aucunement des autres activités quotidiennes évoquées. Au contraire, quand les individus font référence à d'autres personnes dans la classe « autonomie », c'est pour affirmer leur indépendance vis-à-vis de l'aide que pourrait leur apporter leurs proches.

Tableau 3 – Comparaison de trois typologies

	Cousteaux	Blaxter (1990)	d'Houtaud, Field (1984)
Bien-être	Équilibre et hygiène de vie Énergie Bien-être	Behaviour, healthy life Energy, vitality Physical fitness Psycho-social well-being	Equilibrium Hygiene Vitality Reference to the body Psychological well-being Hedonistic use of life
Définitions médicales	Absence de maladie Absence de recours au médecin Absence de traitement Absence de douleur	Absence of disease / health despite disease Not-ill	Absence of sickness Prevention
Maintien des capacités	Être heureux et vivre normalement Capacité à mener ses activités Autonomie	Function	Physical aptitudes (to be able to work)
Autres	Valeur de la santé	Reserve Social relationships	Value of health

Un thème n'apparaît dans aucune des trois typologies, celui des conditions de travail. Pourtant les individus insistent sur la capacité à travailler, mais celle-ci est entièrement attribuée au bon état de santé. Quelques réponses tirées du corpus illustrent parfaitement cette idée : *ne pas être malade afin de pouvoir travailler sans difficulté, pouvoir aller travailler le matin sans se sentir fatigué, faire ses journées de travail ; ne pas avoir de maladie qui m'empêche de faire mon travail ; sans la santé, on ne pourrait pas travailler*. C'est ce qu'exprime clairement l'un des interviewés en établissant une relation de causalité entre travail et santé : *avoir du travail, car si on n'en a pas, cela entraîne tout un tas de maux.* Seules deux réponses, parmi les 4 912 formulées, suggèrent peut-être l'effet des conditions de travail sur la santé, mais sans élément supplémentaire, l'interprétation reste incertaine : *se sentir bien, ne pas avoir mal quelque part, pouvoir travailler dans de bonnes conditions ; avec ce qui se passe, pouvoir faire son travail sans se sentir angoissée.* On touche évidemment ici à une des limites du recueil par questionnaire, mais les travaux qualitatifs sur les représentations de la santé n'ont pas non plus révélé de discours élaboré sur les conditions de travail. Cette invisibilité dans les différentes typologies confirme les résultats déjà connus sur la nécessaire objectivation des conditions de travail. Comme le rappellent Michel Gollac et Serge Volkoff, « la perception des liens ente santé et travail n'est pas immédiate. Elle ne s'impose spontanément ni aux travailleurs, ni à ceux qui dirigent leur travail » (Gollac et Volkoff 2006, p. 5). Pour que les individus en prennent conscience, il faut que des acteurs ou des ressources soient mobilisés au niveau collectif. Autant la structure du questionnaire ne semble pas avoir joué pour d'autres thèmes (les habitudes de vie et le bien-être ont été abordés spontanément sans être suggérés à l'avance par les enquêteurs), autant il est

possible que sur un sujet aussi peu objectivé que les conditions de travail, la décision de positionner ce thème, après la question ouverte plutôt qu'avant, ait produit des effets sur les réponses recueillies. Les conditions de travail auraient peut-être été évoquées si la question ouverte avait été posée à la fin du questionnaire, c'est-à-dire une fois que les enquêteurs avaient clairement indiqué que les conditions de travail était un domaine important et légitime pour l'étude de la santé.

3.2. La force de l'âge

3.2.1. Âge ou état de santé ?

De la même manière que les classes prennent sens grâce aux mots qui y sont sur-représentés, il est possible de les caractériser socialement et médicalement. Dans cette optique, les variables nominales (âge, sexe, état de santé, milieu social…) avaient été préalablement positionnées en variables supplémentaires lors de l'analyse des correspondances du tableau lexical entier.

La caractérisation des classes par l'âge montre une très forte structuration des représentations de la santé (tableau 4).

Tableau 4 – Caractérisation des classes par l'âge

Classes	Modalité caractéristique	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	Valeur-test	Probabilité	Effectif	Poids
Équilibre et hygiène de vie	*18-29 ans*	19,6	17,6	2,52	0,006	813	2613
Énergie	*18-29 ans* *30-44 ans*	22,1 29,5	17,6 27,7	6,69 2,42	0,000 0,008	813 1253	2613 4101
Bien-être	*30-44 ans*	30,1	27,7	3,23	0,001	1253	4101
Absence de maladie	*30-44 ans*	33,8	27,7	3,13	0,001	1253	4101
Absence de recours au médecin	*30-44 ans*	35,5	27,7	4,78	0,000	1253	4101
Absence de traitement							
Absence de douleur	*45-59 ans*	29,2	24,5	3,17	0,001	1106	3623
Être heureux et vivre normalement	*60-74 ans*	31,6	19,4	6,89	0,000	922	2875
Capacité à mener ses activités	*60-74 ans* *75 ans et plus*	22,2 14,7	19,4 10,8	4,83 8,30	0,000 0,000	922 534	2875 1601
Autonomie	*60-74 ans* *75 ans et plus*	38,0 41,7	19,4 10,8	5,86 10,91	0,000 0,000	922 534	2875 1601

Lecture : La modalité « 30-44 ans » est caractéristique de la classe « absence de recours au médecin » : les individus âgés de 30 à 44 ans y sont sur-représentés. Ils sont 35,5 % dans cette classe contre 27,7 % dans l'ensemble de l'échantillon.

Note : L'effectif est le nombre d'individus, le poids le nombre d'occurrences.

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Les plus jeunes sont sur-représentés dans les classes « équilibre et hygiène de vie » et « énergie ». Les individus âgés de 30 à 44 ans privilégient plus souvent des conceptions centrées sur l'« énergie » et le « bien-être », mais aussi des définitions médicales de la santé comme l'« absence de maladie » et l'« absence de recours au médecin ». Les 45-59 ans sont, quant à eux, sur-représentés dans le profil « absence de douleur ». Les plus âgés conçoivent plus fréquemment la santé de manière utilitariste. Les personnes de 60-74 ans représentent 31,6 % de la classe « être heureux et vivre normalement », alors qu'elles ne constituent que 19,4 % de l'échantillon total. De même, 41,7 % des individus ayant insisté sur leur « autonomie » ont plus de 75 ans quand les plus âgés ne représentent pourtant que 10,8 % dans l'ensemble des réponses. À mesure que la santé se détériore, les représentations de la santé évoluent fortement. Si elles sont d'abord marquées par le souci du bien-être chez les plus jeunes, elles correspondent ensuite davantage aux définitions médicales de la santé chez la population en âge d'activité, puis elles révèlent avec force les préoccupations des plus âgés quant au maintien de leurs capacités.

Face à une telle structuration par âge, on peut se demander si ce n'est pas la détérioration progressive de l'état de santé qui est en jeu. À mesure que les maladies et les limitations fonctionnelles se font plus fréquentes, les individus redéfinissent la façon dont ils se représentent la bonne santé. Dans ce cas, derrière l'âge se cacherait simplement l'état de santé. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons introduit trois variables supplémentaires dans l'analyse des correspondances afin de caractériser la typologie par l'état de santé des répondants, de la même façon que nous venons de le faire par l'âge. Nous avons volontairement choisi les variables de manière à reprendre approximativement les trois grandes dimensions dégagées dans nos analyses précédentes. Le bien-être est approché par la santé perçue qui est une estimation subjective de l'état de santé et qui parce qu'elle englobe le physique et le mental nous semblait plus proche des définitions profanes du bien-être que celles proposées par le questionnaire (anxiété, nervosité, stress…). Pour les définitions médicales, nous avons considéré le fait d'être suivi médicalement pour une maladie chronique ou grave. Et le maintien des capacités a été évalué sous l'angle des difficultés à se déplacer.

Sans contrôle de l'âge, il existe effectivement un parallèle entre les représentations et l'état de santé. Les classes « énergie », « bien-être », « absence de maladie » et « absence de recours au médecin » sont caractérisées par un bon état de santé qu'il soit mesuré au niveau subjectif, par une évaluation positive de sa santé, au niveau médical, par l'absence de suivi pour une maladie chronique ou grave et/ou au niveau fonctionnel, par l'absence de difficultés à se déplacer (tableau 5). On note par ailleurs que définir la santé en référence à l'« équilibre et l'hygiène de vie » n'est pas, au premier abord, lié à l'état de santé déclaré. Viennent ensuite des profils de réponse caractérisés par l'expérience d'une maladie chronique ou grave, qui peut éventuellement être associée à une santé perçue comme mauvaise. C'est le cas des définitions portant sur l'« absence de traitement », l'« absence de douleurs » et soulignant l'importance d'« être heureux et de vivre normalement ». Enfin, les deux dernières classes, « capacité à mener ses activités » et « autonomie », correspondent à un très mauvais état de santé qui peut cumuler maladie chronique ou grave, difficultés à se déplacer et évaluation négative de la santé. En première analyse, ces résultats confirmeraient bien l'hypothèse selon laquelle le bien-être est un souci exprimé par les bien-portants quand la préoccupation de conserver ses capacités apparaît justement chez ceux qui souffrent d'une maladie grave et éprouvent des difficultés dans leur vie quotidienne. Mais pour s'en assurer, il faut tenir compte de

la structure de la population dans la mesure où l'état de santé décline avec l'âge. Or la méthode de caractérisation des classes repose uniquement sur le test entre deux proportions. Il est *a priori* logique que si une classe est caractérisée par une population jeune, la probabilité est forte qu'elle soit aussi caractérisée par une population bien-portante. Pour contrôler de cet effet d'âge, nous avons croisé nos variables dichotomiques d'état de santé par trois catégories : 18-29 ans, 30-59 ans et 60 ans et plus.

Tableau 5 – Caractérisation des classes par l'état de santé déclaré

	Sans contrôle de l'âge		Avec contrôle de l'âge	
	Modalité caractéristique	Valeur-test	Modalité caractéristique	Valeur-test
Équilibre et hygiène de vie			Maladie grave (30-59) Pas de difficultés à se déplacer (18-29)	2,97 2,46
Énergie	Santé perçue bonne	2,64	Santé perçue bonne (18-29) Pas de difficultés à se déplacer (18-29)	6,65 6,04
Bien-être	Pas de maladie grave Pas de difficultés à se déplacer Santé perçue bonne	9,61 6,07 4,54	Pas de maladie grave (30-59) Santé perçue bonne (30-59) Pas de difficultés à se déplacer (30-59) Pas de maladie grave (18-29)	6,50 5,62 4,10 2,90
Absence de maladie	Pas de maladie grave Pas de difficultés à se déplacer	3,09 2,34	Pas de maladie grave (30-59)	3,20
Absence de recours au médecin	Santé perçue bonne Pas de difficultés à se déplacer Pas de maladie grave	4,35 3,59 2,92	Pas de difficulté à se déplacer (30-59) Santé perçue bonne (30-59)	5,81 4,35
Absence de traitement	Santé perçue mauvaise Maladie grave	6,00 5,05	Santé perçue mauvaise (30-59) Maladie grave (30-59)	6,64 4,67
Absence de douleur	Maladie grave Santé perçue mauvaise	4,36 3,26	Maladie grave (60+)	2,96
Être heureux et vivre normalement	Maladie grave	2,43	Pas de difficultés à se déplacer (60+) Santé perçue bonne (60+)	7,77 7,75
Capacité à mener ses activités	Difficultés à se déplacer Maladie grave	5,23 4,19		
Autonomie	Santé perçue mauvaise Maladie grave Difficultés à se déplacer	9,17 9,12 5,12		

Lecture : La modalité « santé perçue bonne » est caractéristique de la classe « énergie ».

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Une fois l'âge contrôlé, les conclusions sont sensiblement différentes. Ce qui interpelle en premier lieu, c'est que désormais, les classes « capacité à mener ses activités » et « autonomie » ne sont plus caractérisées par l'état de santé. Les personnes âgées y sont bien sur-représentées, mais indépendamment de leur état de santé[12]. Finalement, en conservant notre grille de lecture en trois sur-

[12] Au niveau des sorties éditées par SPAD, cela signifie que, pour les 60 ans et plus, les six modalités (« santé perçue bonne », « santé perçue mauvaise », « maladie grave », « pas de maladie grave », « difficultés à se déplacer », « pas de difficultés à se déplacer ») sont toutes caractéristiques des classes « capacité à mener ses activités » et « autonomie ». Puisqu'elles sont caractérisées à la fois par un état et son contraire, il s'agit donc

classes, on constate que l'état de santé introduit des variations secondaires au sein de chacune. Parmi les conceptions centrées sur le bien-être, « l'énergie » et le « bien-être » restent synonymes de bonne santé, tandis que l'attention de ceux qui sont suivis pour une maladie chronique ou grave est davantage portée vers l'« équilibre et l'hygiène de vie ». Les représentations de ceux qui envisagent la santé dans une perspective médicale se différencient principalement selon l'expérience de la maladie. L'« absence de maladie » est, en réalité, une conception présente chez ceux qui sont en bonne santé et qui ne sont, en l'occurrence, pas atteints d'une pathologie. Quand les individus souffrent d'une maladie chronique ou grave, ils perçoivent la santé en dépit de la maladie mais insistent sur les conséquences de leur mauvais état de santé, comme les douleurs ressenties et la contrainte que représente pour eux l'observance de leur traitement médical. Enfin, contrairement aux réponses insistant sur la « capacité de mener ses activités » et sur l'« autonomie » qui ne sont pas sensibles aux variables médicales, affirmer que la santé, c'est « être heureux et vivre normalement » est plus fréquent chez les personnes âgées qui ont une perception positive de leur état de santé et ne connaissent pas de limitations fonctionnelles importantes dans leur vie quotidienne.

Un autre élément va dans le sens de la primauté de l'âge sur l'état de santé. Les représentations de la santé ne sont pas uniquement modelées par le vieillissement biologique au sens d'une détérioration progressive et inévitable de l'état de santé, elles rendent compte aussi de l'âge social, autrement dit du cycle de vie. L'étude du vocabulaire spécifique[13] permet de faire apparaître les lemmes sur-représentés dans chaque tranche d'âge. L'édition des réponses caractéristiques replace alors les mots dans leur contexte lexical (tableau 6). C'est au travers des activités décrites que transparaît l'effet du cycle de vie. Alors que la classification a eu tendance à regrouper dans une même classe toutes les activités quotidiennes en raison des associations avec les verbes « pouvoir » et « faire », l'approche du vocabulaire par âge conduit à les dissocier.

La seule activité sur-représentée chez les plus jeunes est la pratique sportive. Chez les individus en âge d'activité, entre 30 et 59 ans, on constate une prépondérance du travail et de la capacité à travailler. Mais, même chez les adultes, majoritairement actifs, une différence importante est à noter entre les plus jeunes et les plus âgés. La préoccupation d'être en forme ressort dans le discours des 30-44 ans, comme d'ailleurs chez les 18-29 ans. Chez les plus jeunes, l'activité de travail est associée, en termes de santé, à la performance individuelle, montrant ainsi une intériorisation du « culte de la performance » omniprésent dans les sociétés modernes (Ehrenberg 1991). Cette norme d'efficacité, de compétitivité et d'adaptabilité, compatible avec les valeurs de jeunesse et de bien-portance, est moins prégnante dans les discours des individus de plus de 45 ans. Ces derniers insistent au contraire sur la possibilité de continuer à « travailler sans difficulté », c'est-à-dire sans être limité par des problèmes de santé, et évoquent déjà l'importance de

bien d'un simple effet d'âge. Les modalités qui s'annulent ainsi n'ont pas été reportées afin de ne pas surcharger le tableau 5.

[13] La procédure VOSPEC du logiciel SPAD consiste à tester la fréquence d'un mot dans un groupe par rapport à la fréquence dans l'échantillon total. Le calcul de la valeur-test donne la probabilité que la forme graphique soit répartie de manière aléatoire.

Tableau 6 – Mots et réponses caractéristiques par âge

	Mots caractéristiques	Exemples de réponses caractéristiques
18-29 ans	Malade, physique, être, sport, forme, mental, pas	Être en forme Ne pas être malade Être bien physiquement et mentalement
30-44 ans	Travailler, forme, médecin, mouvements, jamais	Travailler Aller travailler Pouvoir travailler Se sentir en forme Être en forme Ne jamais aller chez le médecin
45-59 ans	Travailler, peau, travail, sans	Aller travailler Pouvoir travailler Pouvoir travailler sans difficulté Pouvoir travailler et vivre normalement
60-74 ans	Richesse, faire, normalement, beau, porter, rien, plus, heureux, manger, seul, veut, plaisir	Une grande richesse Quelque chose de formidable Une grande chance La meilleure des choses Vivre normalement Faire tout ce que je veux
75 ans et plus	Marcher, seul, pouvoir, bricoler, temps, suffire, déplacer, débrouiller, chose, ménage, jeune, dépendance, plus, souffrir, jambes, faire, autonome, indépendant	Pouvoir marcher Pouvoir faire son jardin Pouvoir faire le ménage Pouvoir me déplacer toute seule et garder sa tête le plus longtemps possible Pouvoir me débrouiller seule Pouvoir se suffire Pouvoir être indépendante le plus longtemps possible Faire ce je peux Pouvoir faire plus de choses

Lecture : Les mots « travailler », « peau », « travail », « sans » sont sur-représentés chez les individus âgés de 45 à 59 ans.

Note : Les mots indiqués sont significatifs au seuil 1 % et classés par ordre décroissant des valeurs-tests.

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

« vivre normalement ». À partir de 60 ans, passé l'âge légal de la retraite, le travail n'est plus une préoccupation majeure. Cette catégorie d'âge n'est d'ailleurs pas caractérisée par des activités particulières. On peut noter à cette occasion que prenant conscience de la fragilité de la santé, ce sont les individus qui y accordent la plus grande valeur. Ce résultat n'était pas visible dans la typologie dans la mesure où l'analyse des correspondances ne prenait pas en compte cette dimension pour se concentrer seulement sur la définition d'un bon état de santé. On retrouve ici ce que Christian Baudelot et Michel Gollac soulignaient à propos du bonheur : « rien d'étonnant si, l'âge venant, une composante, la santé, prend le pas sur toutes les autres » (Baudelot et Gollac 2003, p. 59). Chez les plus âgés, les normes définissant la bonne santé sont clairement réévaluées à la baisse. Il n'est plus question de « faire tout ce qu'on veut », comme pouvaient encore l'évoquer les individus âgés de 60 à 74 ans, mais de « faire ce qu'on peut ». Entre la volonté de faire et la capacité à faire s'expriment dans les discours des individus concernés les deux représentations de la vieillesse contemporaine, d'un côté, le « troisième âge » auquel est associé l'image du jeune retraité actif, et de l'autre, les « personnes âgées dépendantes » qui connaissent une perte d'autonomie progressive nécessitant une prise en charge (Caradec 2009). Après 75 ans, les activités quotidiennes sont certes limitées en raison de la dégradation de l'état de santé, mais aussi

d'un repli sur soi et sur son logement[14]. Il importe, à cet âge, de conserver ses aptitudes physiques afin de pouvoir marcher, se déplacer, mais aussi de bricoler, jardiner et faire le ménage. Les plus âgés font donc preuve d'une certaine résignation pourvu que leur état de santé ne se dégrade pas au point d'entraver ces occupations qui remplissent leur quotidien.

Un dernier argument, cette fois-ci purement statistique, confirme la forte structuration des représentations de la santé par l'âge. En réalisant l'analyse des correspondances du tableau lexical agrégé croisant les lemmes[15] en ligne et les tranches d'âge en colonne, il s'agit de visualiser les associations entre les formes graphiques et les modalités de cette variable nominale. Le nuage de points projeté sur le plan factoriel 1-2 a une forme parabolique mais il est d'abord fortement unidimensionnel. Le premier axe factoriel représente, en effet, 73 % de l'inertie totale du nuage quand le deuxième ne résume que 14 % de la variance (figure 1). Le long de l'axe 1, les catégories d'âge sont parfaitement ordonnées. Du côté des plus jeunes, on retrouve le souci du bien-être tel qu'il a été défini dans la typologie : l'équilibre, l'hygiène, les comportements sains (tabac, alimentation, activité sportive), l'association entre le physique et le mental, l'énergie[16]. Mais par cette visualisation graphique, on repère aussi que le discours sur les capacités n'est pas uniquement présent chez les personnes âgées. Le terme de « capacités » lui-même, mais aussi l'adjectif « capable », présentent des attractions avec la catégorie des moins de 29 ans. À l'opposé, on reconnaît d'une part l'association entre les 60-74 ans et la description de la classe que nous avons nommé « être heureux et vivre normalement » et d'autre part, la correspondance entre les 75 ans et plus et les lemmes qui décrivent les classes « capacité à mener ses activités » et « autonomie » : bricoler, débrouiller, seul, suffire, ménage, dépendance, indépendant, marcher… On peut aussi noter que le « temps » est une préoccupation pour ceux qui ont conscience de s'approcher de la fin de leur vie.

Le deuxième axe est fondé sur l'opposition entre d'une part, les définitions de la santé des moins de 29 ans et des 75 ans et plus, qu'elles évoquent le bien-être ou le maintien des capacités, et d'autre part, l'attachement des 60-74 ans à la santé comme valeur centrale (beau, richesse) et des mots associés aux 45-59 ans : sans, prendre, souci, lever, matin, peau. Cette opposition entre les valeurs extrêmes sur le premier axe, et entre valeurs intermédiaires et valeurs extrêmes sur le deuxième axe est un artefact. L'effet Guttman apparaît généralement lorsque les variables sont ordonnées. On peut, par conséquent, considérer que les représentations de la santé se modifient progressivement au cours de la vie. Par ailleurs, les principales classes de notre typologie, établie à partir du tableau lexical entier dans lequel l'âge était en variable supplémentaire, et ne participait donc pas à la construction du nuage de points, sont visibles à la simple lecture du plan 1-2 de l'analyse des correspondances du tableau lexical agrégé où cette fois-ci l'âge

[14] L'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages ne porte que sur des ménages ordinaires. Les personnes résidant dans un ménage collectif ou placées en institution sont exclues de l'échantillon. Nos résultats sur les représentations de la santé, notamment chez les plus de 75 ans, doivent donc être interprétés comme le discours de personnes qui sont encore aptes à vivre chez elles et qui conservent une certaine autonomie dans leur vie quotidienne. En l'absence de données comparables sur les personnes vivant en institution, nous ne pouvons savoir si l'attachement à l'autonomie est aussi prégnant chez ceux qui sont pris en charge.
[15] Les 103 lemmes apparaissant plus de 20 fois dans le corpus ont été conservés pour cette analyse.
[16] Les interprétations du plan factoriel 1-2 reposent évidemment sur la sélection des points-ligne et des points-colonne bien représentés sur chaque axe.

intervient en variable active. La typologie apparaît robuste puisqu'elle s'avère peu sensible au changement de méthodes statistiques.

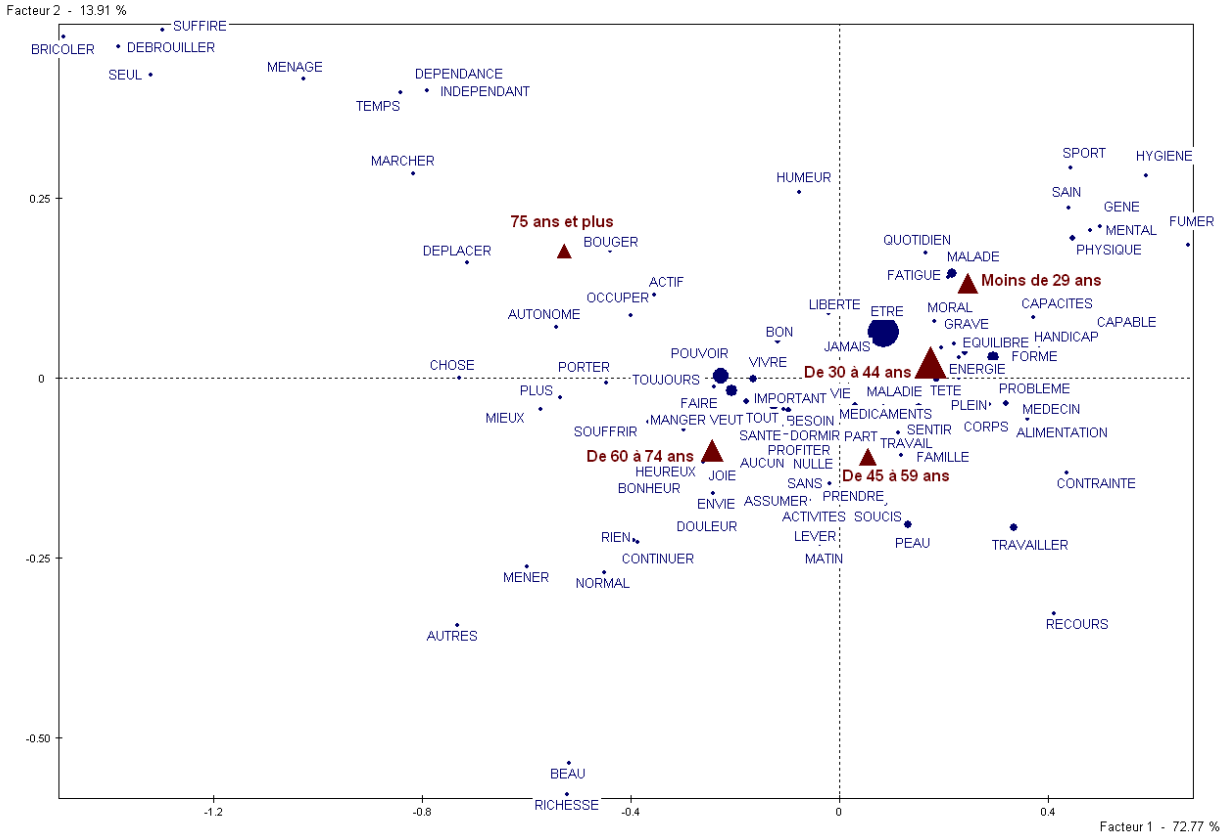


Figure 1 – Plan factoriel 1-2 de l'analyse des correspondances du tableau lexical agrégé croisant les lemmes et les classes d'âge

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Finalement, comme nous en faisions l'hypothèse et comme Mildred Blaxter l'a déjà souligné, l'âge est la dimension la plus structurante des représentations de la santé. Mais ce résultat apparaît uniquement avec l'inclusion de la population âgée. Cela explique pourquoi cette dimension est négligée dans les travaux de Claudine Herzlich, Janine Pierret ou Alphonse d'Houtaud. Les individus âgés de 60 ans et plus développent des conceptions propres à l'âge de la retraite et à la vieillesse. Leur discours est entièrement orienté vers l'inquiétude de voir leurs capacités décliner jusqu'à perdre leur autonomie dans leurs activités quotidiennes. Et cette inquiétude n'est pas seulement liée à un mauvais état de santé. Il s'agit davantage d'une anticipation du vieillissement biologique, de l'usure sociale et de leurs conséquences fonctionnelles.

Notre objectif est de dresser une panorama global des variations sociales et médicales des représentations de la santé. Dans son ouvrage *Heath and Lifestyles* (1990), Mildred Blaxter traite des inégalités sociales de santé dans les chapitres suivants, mais elle ne s'intéresse pas à cette dimension lors de sa description des représentations profanes de la santé et privilégie uniquement les variations par âge et par sexe. Avec un échantillon de taille importante et représentatif de la population totale, observe-t-on la

distinction entre hédonisme des catégories supérieures et utilitarisme des catégories populaires, mise en évidence par Janine Pierret et Alphonse d'Houtaud ? Y a-t-il d'autres variations dans les conceptions de la santé qui sont liées au milieu social ? Comment se déclinent ces variations chez les personnes âgées ?

3.2.2. Des clivages sociaux persistants mais secondaires

En introduisant le niveau de diplôme comme variable supplémentaire afin de caractériser la typologie, les résultats ne sont pas entièrement satisfaisants dans la mesure où les classes qui correspondent aux âges jeunes sont caractérisées par un niveau de diplôme élevé, et les classes associées aux personnes âgées connaissent une sur-représentation des individus qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat. On note cependant que quatre classes sur dix ne présentent pas de variations significatives selon le niveau de diplôme (tableau 7). Le lien entre âge et niveau de diplôme est particulièrement saillant avec une nomenclature plus détaillée. De manière attendue, la modalité « aucun diplôme ou certificat d'études primaires » est caractéristique des classes où les individus âgés de 60 ans et plus sont sur-représentés. Pour établir un effet du diplôme qui ne se limite pas une simple différence générationnelle de niveau d'éducation, nous avons procédé, comme pour l'état de santé, en croisant l'âge et le niveau de diplôme. Ce contrôle nécessaire par l'âge explique pourquoi nous avons privilégié ici la variable du diplôme, plus facile à regrouper en deux modalités que la variable socioprofessionnelle.

Tableau 7 – Caractérisation des classes par le niveau de diplôme

	Sans contrôle de l'âge		Avec contrôle de l'âge	
	Modalité caractéristique	Valeur-test	Modalité caractéristique	Valeur-test
Équilibre et hygiène de vie	Bac et plus	7,66	Bac et plus (30-59) Bac et plus (18-29)	5,22 4,72
Énergie				
Bien-être			Bac et plus (30-59)	3,29
Absence de maladie	Bac et plus	6,06	Bac et plus (30-59) Bac et plus (18-29)	3,57 3,48
Absence de recours au médecin			Inférieur au bac (30-59)	4,11
Absence de traitement	Bac et plus	2,97	Bac et plus (30-59)	3,78
Absence de douleur	Inférieur au bac	12,03	Inférieur au bac (60+) Inférieur au bac (30-59) Inférieur au bac (18-29)	4,78 4,52 4,30
Être heureux et vivre normalement	Inférieur au bac	2,68		
Capacité à mener ses activités				
Autonomie	Inférieur au bac	9,84	Inférieur au bac (60+)	15,08

Lecture : La modalité « bac et plus » est caractéristique de la classe « équilibre et hygiène de vie ».

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Comme l'état de santé, le niveau de diplôme introduit plutôt des différences de second ordre au niveau des trois sur-classes structurées par l'âge. Certains résultats sont cohérents par rapport à ce qui a déjà pu être montré. Les individus diplômés sont plus enclins à traduire leur proximité médicale dans leurs

discours. Ils attachent de l'importance aux comportements sains. Ils sont effectivement sur-représentés dans la classe « équilibre et hygiène de vie ». Contrairement aux individus qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat, ils ne conçoivent pas le recours au médecin comme synonyme de mauvaise santé. C'est la maladie en elle-même qui est opposée à la santé. On retrouve également la perception hédoniste de la santé chez les catégories favorisées qui s'expriment davantage dans le registre du « bien-être ». En revanche, les conceptions des individus peu diplômés sont, à première vue, moins utilitaristes que ce que les travaux précédents laissaient à penser. Une fois l'âge contrôlé, les classes « être heureux et vivre normalement », mais surtout « capacité à mener ses activités » ne sont pas socialement marquées. Il est vrai que Janine Pierret et Alphonse d'Houtaud identifient essentiellement la capacité à travailler comme un discours propre aux catégories populaires. Et notre typologie ne sépare pas le travail des autres activités quotidiennes. Seule l'« autonomie » reste caractérisée par un faible niveau de diplôme. En dernier lieu, selon le niveau de diplôme, les individus n'ont pas la même façon d'appréhender la maladie et ses conséquences. Les individus diplômés envisagent d'abord la contrainte du traitement médical, tandis que les individus peu diplômés insistent sur l'expérience de la douleur.

Afin d'approfondir cette étude des représentations selon le milieu social et d'identifier des éléments qui ne ressortent pas directement à travers la typologie, nous avons réalisé l'analyse des correspondances du tableau lexical agrégé croisant les lemmes et les groupes socioprofessionnels. Logiquement, le nuage projeté ne présente pas la même forme que la visualisation graphique des attractions entre lemmes et catégories d'âge. Il est moins unidimensionnel : le premier axe factoriel ne représente que 46 % de la variance totale du nuage, et le deuxième 18 % (figure 2). Il n'a pas la forme parabolique observée précédemment, caractéristique de l'effet Guttman. Les variables sont donc moins ordonnées, même si la hiérarchie sociale se dessine le long de l'axe 1.

Le premier facteur oppose les représentations de la santé des catégories supérieures à celles des catégories populaires. L'équilibre entre le physique et le mental, l'hygiène avec la pratique du sport, mais aussi le terme « énergie » sont associés aux cadres supérieurs et aux professions intermédiaires. Comme Claudine Herzlich et Janine Pierret l'ont déjà montré, la santé est le produit de l'équilibre et des comportements sains pour les catégories supérieures. Mais on distingue aussi de ce côté de l'axe 1 un discours centré sur la liberté de mener ses activités quotidiennes qui n'apparaissait pas dans notre typologie. Cette idée de liberté est d'ailleurs renforcée par la présence de certains de ses contraires (« gêne », « obligation », « contrainte ») à l'extrémité de l'axe factoriel. Si la santé est garante de la liberté des catégories supérieures, il ressort à l'opposé que, pour les ouvriers et les agriculteurs, la santé est essentiellement conçue comme condition de leur existence. Cette interprétation repose principalement sur deux éléments : l'association avec les formes lexicales « travail » et « travailler », et la présence de tout le vocabulaire utilisé dans le sens de la valeur accordée à la santé, dont on comprend l'importance quand la santé garantit la capacité à travailler et assure donc la possibilité même de vivre. Par ailleurs, la visualisation graphique permet de caractériser plus précisément la classe « absence de douleur » dont les mots constitutifs se positionnent à proximité des ouvriers.

L'axe 2 oppose une dimension fonctionnelle de la santé chez les agriculteurs et las artisans, commerçants, chefs d'entreprise (« bricoler », « continuer », « déplacer », « faire ») à des définitions liées à

la maladie (« maladie », « grave », « malade », « forme », « fatigue ») et des comportements favorables à la santé (« hygiène », « sain ») chez les inactifs. Derrière cette différence apparemment sociale entre les indépendants et les personnes n'ayant jamais travaillé[17], il faut plutôt lire une différence de génération. La catégorie « inactifs », telle qu'elle a été définie dans cette analyse, comprend une forte proportion de jeunes qui n'ont pas encore commencé leur vie professionnelle. Mais il s'agit très certainement aussi d'une opposition entre professions masculines et situation majoritairement féminine. Cette interprétation est en partie confirmée par la position des « employés » dans le plan factoriel. Comme nous le verrons dans la prochaine partie, la maladie est une préoccupation plutôt féminine.

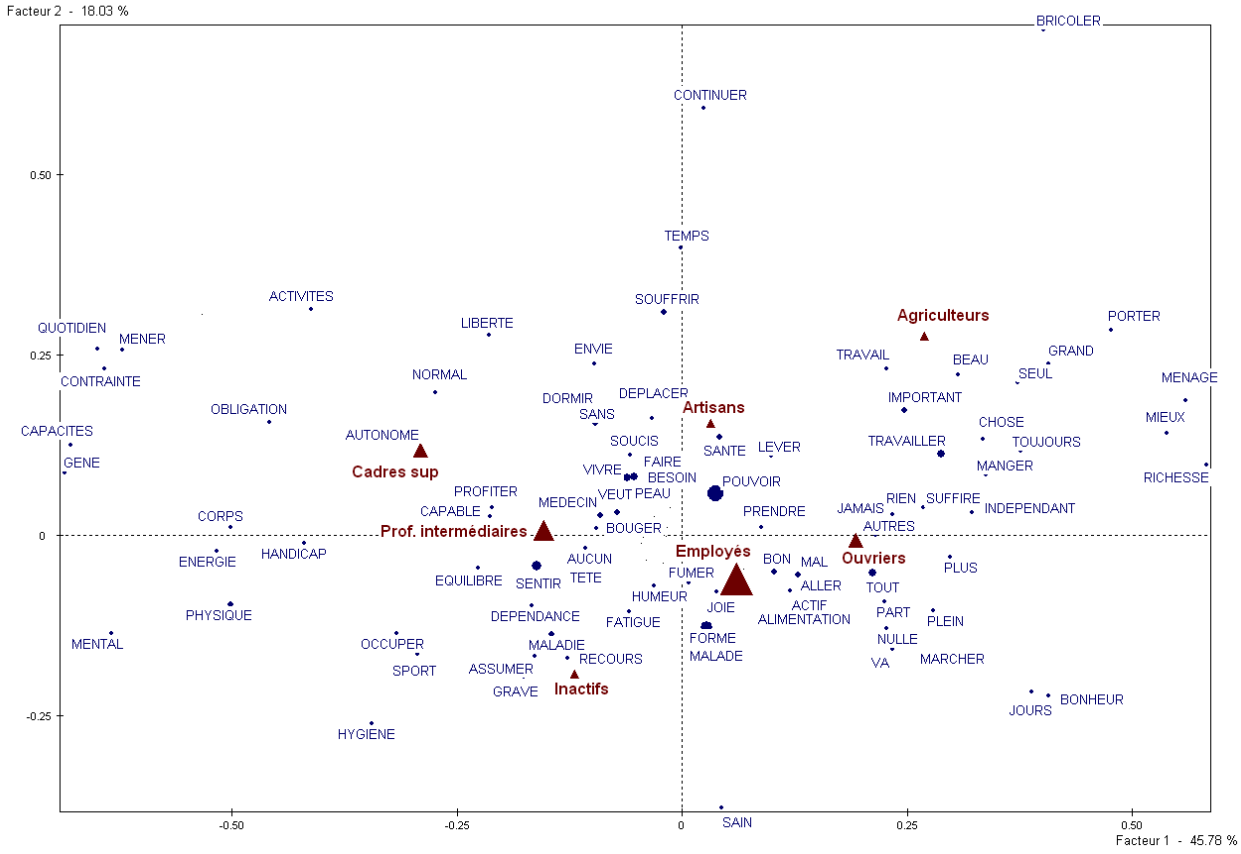


Figure 2 – Plan factoriel 1-2 de l'analyse du tableau lexical agrégé croisant les lemmes et le groupe socioprofessionnel

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

[17] Les personnes qui ont déjà travaillé au cours de leur vie ont été affectées au groupe socioprofessionnel correspondant à la dernière profession qu'elles ont exercée.

S'il est possible d'identifier certaines classes de la typologie à partir du graphique factoriel, les mots associés à la perte d'autonomie sont, en revanche, complètement dispersés. Du côté des cadres supérieurs et des professions intermédiaires, les préoccupations liées à la vieillesse sont évoquées avec les termes « autonome » et « dépendance », quand du côté des ouvriers et des agriculteurs, il est plutôt fait référence au fait d'être « indépendant », de « se suffire », « seul », sans l'aide des « autres ». Même si d'après la caractérisation des classes par le niveau de diplôme, cette problématique est plus fréquente dans les discours des catégories populaires, on constate néanmoins que sous des termes différents, elle s'exprime dans tous les milieux sociaux. Cela tend à confirmer, par conséquent, que les représentations de la santé chez les personnes très âgées sont socialement partagées, en tout cas bien plus qu'aux autres âges de la vie.

3.3. Des préoccupations genrées vis-à-vis de la santé

3.3.1. Les mots des hommes, les maux des femmes

Une seule classe de la typologie de Mildred Blaxter, centrée sur l'entretien de bonnes relations sociales, est clairement genrée, en l'occurrence féminine. Mais cette classe ne ressort pas dans notre classification. Au niveau du vocabulaire, nous devrions observer, d'après elle, des variations liées aux différents rôles sociaux assumés par les hommes et les femmes, les premiers insistent sur le travail professionnel quand les secondes mettent en avant le travail domestique. La liste des mots et segments caractéristiques par sexe (tableau 8) met en évidence bien plus de différences dans les discours masculin et féminin sur la signification qu'ils donnent à la bonne santé que de simples nuances imputables aux places assignées aux hommes et aux femmes dans la société. Au regard des formes lexicales sur-représentées chez les hommes et les femmes, qu'elles soient ou non fréquentes dans le corpus, ce sont bien deux façons diamétralement opposées d'appréhender la santé qui transparaissent alors. De manière caricaturale, elles sont résumées par les mots les plus caractéristiques. L'aptitude au « sport » est une préoccupation éminemment masculine, tandis que les femmes accordent une importance décisive à leur indépendance, souci résumé par l'expression « se débrouiller seul ».

Tableau 8 – Mots et segments caractéristiques par sexe

	Mots et segments caractéristiques
Hommes	Sport, contrainte, aller, pouvoir faire, sans contrainte, bien dormir, dormir, peau, bien se porter, être heureux, activités, se porter, heureux, voir, physique, continuer, déplacer
Femmes	Seul, se débrouiller, assumer, avoir, arriver, se débrouiller seul, bonne hygiène, grave, maladie grave, rester, aucune maladie, ménage, maladie, avoir mal, assurer, hygiène, n'avoir aucune maladie, jours, rien avoir, mal nulle part, mal

Lecture : Le mot « sport », est sur-représenté chez les hommes, tandis que « seul » est sur-représenté chez les femmes.

Note : Les mots indiqués sont significatifs au seuil 1 % et classés par ordre décroissant des valeurs-tests.

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Plus globalement, le vocabulaire spécifique des hommes est empreint d'un certain hédonisme. Il marque la recherche d'un bien-être complet, à la fois bien-être physique, maintenu par l'activité sportive, bien-être physiologique puisqu'il est important de « bien dormir », mais aussi dans une approche plus globale résumée par les termes [être bien dans sa] « peau » et « bien se porter ». Les hommes associent aussi plus souvent la santé au sentiment d'« être heureux » que les femmes. La préservation de la liberté, qui se cache derrière le segment sur-représenté « sans contrainte », va encore une fois dans le sens d'un hédonisme masculin. Ce résultat est contraire à l'hypothèse que suggérait une transposition mécanique du rapport au corps dans le rapport à la santé. Le rapport instrumental des hommes à leur corps peut parfaitement être associé à un discours sur le bien-être, la liberté d'action et le bonheur, sans être dénué pour autant de tout utilitarisme. En effet, le segment « pouvoir faire », très fréquent dans le corpus et fortement structurant des représentations de la santé centrées sur le maintien des capacités, est sur-représenté chez les hommes. Cette idée se décline soit sous la forme générique des « activités », soit par des références précises telles que le « sport », la capacité à « se déplacer ». Du côté des hommes, les activités citées ne traduisent pas les rôles sociaux traditionnels qui leur sont dévolus. On peut noter, à cet égard, que les références au travail professionnel et à la capacité à travailler ne sont caractéristiques d'aucun des deux sexes, ou autrement dit qu'elles apparaissent indistinctement dans les vocabulaires masculin et féminin. Vingt ans après l'enquête de Blaxter, le développement du travail salarié féminin est transcrit dans les représentations profanes de la santé. Chez les hommes, hédonisme et utilitarisme ne fonctionnent pas sur le mode de l'opposition, parce que ces conceptions renvoient plus largement à des différences d'âge, comme nous allons le constater par la suite.

Finalement, le plus frappant n'est certainement pas l'hédonisme des hommes, et son alliance avec un certain utilitarisme, dans leurs représentations de la santé, mais l'absence criante de toute référence hédoniste dans le vocabulaire spécifique des femmes. La lecture de leurs mots et segments caractéristiques dresse un tableau beaucoup plus sombre. En opposition au discours masculin, le discours féminin est caractérisé par la prédominance de trois inquiétudes : la dépendance, la maladie et la douleur. Contrairement aux hommes, les autres mots peuvent facilement être appréhendés au prisme des rôles sociaux incombant aux femmes. Si les femmes ont introduit le travail professionnel dans leurs représentations de la santé, au même titre que leurs homologues masculins, le travail domestique, résumé ici concrètement par la référence au « ménage », mais aussi la charge mentale qu'il implique au quotidien, à savoir « assumer », « assurer », tous les « jours », est loin d'avoir disparu des préoccupations féminines. Un extrait d'entretien retranscrit par Claudine Herzlich en annexe de son ouvrage de 1969 témoigne parfaitement de la situation d'une femme ayant le sentiment que sa maladie vient mettre en danger toute l'organisation familiale quotidienne. Et il est probable que ce discours garde une certaine vraisemblance aujourd'hui dans la mesure où le rôle domestique est encore principalement dévolu aux femmes.

> Extrait d'entretien de Mme G., 33 ans (maladie destructrice) :
> « […] vous voyez, c'est une chose, il faut que ce soit très rapidement résolu, j'accepte mal ma maladie. Je sais que cet hiver, je suis tombée malade vraiment, pendant 48 heures, j'ai cru que j'allais partir à l'hôpital pour une opération […] enfin j'ai réagi très vite parce qu'ici c'est épouvantable et parce qu'ici, comme on n'a pas l'habitude d'être malade, on n'est pas organisé pour. Les enfants étaient complètement perdus dans la maison, mon mari avait un travail fou, il n'arrivait pas à servir les repas comme il voulait ; enfin ça a été huit jours absolument épouvantables de pagaille, et malgré tout, j'essayais de réagir tout de suite ».
> Source : Herzlich C., 1969 [1996], p. 182-183.

Même l'attention portée à l'hygiène, qui peut aisément se comprendre à l'aune du rapport des femmes à leur corps, peut aussi renvoyer à leur rôle de gestionnaire de la santé familiale.

La présence de la question de la dépendance chez les femmes pourrait tenir à un simple effet de structure par âge des populations masculine et féminine. Les femmes vivant en moyenne plus longtemps, elles sont sur-représentées chez les 75 ans et plus, qu'on sait par ailleurs plus enclins à développer une conception de la santé centrée sur le maintien de l'autonomie. Pour approfondir l'analyse des différences hommes/femmes dans la façon de concevoir la bonne santé, nous allons étudier le genre des variations selon l'âge. Quelles sont les descriptions de la santé partagées par hommes et femmes à un âge donné ? Quelles sont les formes lexicales qui restent profondément spécifiques à chaque genre ?

3.3.2. Le genre des représentations de la santé selon l'âge

Derrière les grandes idées modelées par l'âge, qui ont été décrites précédemment (le bien-être des plus jeunes, la prédominance de la question du travail chez les individus en âge d'activité, la valeur accordée à la santé après 60 ans et les inquiétudes de voir ses capacités décliner jusqu'à la dépendance chez les plus âgés) et qui se révèlent partagées par les hommes et les femmes, des différences de genre persistent que ce soit dans les thématiques évoquées ou dans les déclinaisons spécifiques d'une même idée (tableau 9).

Tableau 9 – Mots et segments caractéristiques par sexe et âge

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Moins de 29 ans	Ne pas être malade Forme (physique et mentale)	Sport	Hygiène Maladie (grave)
De 30 à 44 ans	Travailler	Forme (physique et mentale)	Pouvoir travailler Ne pas être gêné Hygiène Ne pas être malade Maladie (grave)
De 45 à 59 ans	Travailler Pouvoir travailler	Travail Aller travailler Sans contrainte	Ne pas prendre de médicaments Sans souffrir
De 60 à 74 ans	Richesse Vivre normalement	Faire ce qu'on veut Bien manger Bien se porter	La plus belle des choses Se débrouiller seul Aucune maladie Marcher Être valide
75 ans et plus	Se suffire à soi-même Dépendance Pouvoir marcher, se déplacer, jardiner	Vivre normalement Être autonome Bricoler Ne pas être malade Bien se porter Bon appétit	Se débrouiller seul Être indépendant Ménage Ne rien avoir Ne pas souffrir

Lecture : Chez les moins de 29 ans, « ne pas être malade » ou être en « forme » sont des représentations partagées par hommes et femmes. En revanche, le « sport » est sur-représenté chez les jeunes hommes, tandis que l'« hygiène » et la « maladie » sont sur-représentées chez les jeunes femmes.

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

À propos de la santé, une relative légèreté des hommes s'oppose à la gravité des femmes. L'hédonisme est bien un trait masculin qui ne se limite pas à un simple effet de composition lié aux âges moyens des deux sous-populations. C'est d'ailleurs ce qu'avait observé de manière plus qualitative Claudine Herzlich à propos de la santé comme « équilibre ». Passé 75 ans, les hommes envisagent, eux aussi, la dépendance, mais ils continuent à estimer qu'il est important de « bien se porter » et d'avoir « bon appétit ». Ces considérations sont totalement absentes du discours féminin, même chez les plus jeunes. Quand les jeunes hommes s'intéressent au maintien de leurs aptitudes sportives, les jeunes femmes, quant à elles, s'inquiètent déjà de la survenue de maladies graves. En effet, le discours sur la maladie et ses conséquences directes (prise de médicaments et douleurs) est éminemment féminin, d'autant plus qu'il traverse tous les âges de la vie, ce qui s'oppose aux résultats sur la santé comme absence de maladie tels qu'ils ressortent des analyses qualitatives menées par Claudine Herzlich et Janine Pierret. Par ailleurs, la problématique de la dépendance apparaît plus tôt dans les représentations féminines de la santé. Là encore, le contraste entre hommes et femmes est saisissant. Alors même que les femmes vivent en moyenne plus longtemps, elles s'inquiètent dès 60 ans de pouvoir continuer à « se débrouiller seules », de rester « valide ». À cet âge, les hommes nourrissent, eux, le désir de conserver leur liberté d'action, exprimée par la possibilité de « faire ce qu'on veut ». Pour les femmes, il ne s'agit pas seulement de pouvoir continuer à « vivre normalement », ce qui importe surtout, c'est d'y parvenir sans l'aide des autres. Ce refus d'assistance, qui apparaît spécifiquement féminin dans le cas de la santé, s'explique certainement par le fait que tout au long de leur vie d'adulte, les femmes sont investies de la responsabilité du quotidien, et par leur expérience plus fréquente du veuvage et donc de la solitude, compte tenu de la différence d'espérance de vie entre hommes et femmes accentuée par l'écart d'âge entre conjoints. Toute notre analyse repose sur l'hypothèse implicite que les mots ont un sens, qu'ils ne sont pas employés au hasard. En l'occurrence, si les hommes âgés de 75 ans et plus parlent d'« autonomie » quand les femmes du même âge revendiquent leur « indépendance », le choix des termes n'est certainement pas anodin. On peut être autonome, sans être totalement indépendant. Il ne s'agit pas d'une simple question de degré entre autonomie et indépendance. Certes l'autonomie est une indépendance limitée, mais surtout elle est limitée par l'intervention d'une tutelle, par exemple d'une tutelle familiale pour les jeunes qui accèdent progressivement aux moyens de leur indépendance ou d'une tutelle étatique dans le cas de régions autonomes. Ce qui différencie hommes et femmes dans leurs appréhensions de la problématique de la dépendance liée au vieillissement, c'est effectivement l'acceptation ou le rejet de l'implication d'autres que soi dans le maintien de ses activités quotidiennes. On pourrait être amené à penser que l'indépendance revendiquée par les femmes fait écho à leur situation de dépendance, voire de subordination, au cours de leur vie, notamment dans les générations âgées aujourd'hui de plus de 75 ans. Il est possible qu'en réalité, les femmes de cet âge souhaité conserver l'ensemble de leur rôle social qui passe encore par l'entretien du foyer. Faute de quoi, le rôle de ces femmes serait socialement amputé et leur identité diminuée.

L'analyse factorielle des correspondances du tableau lexical agrégé croisant les lemmes et les classes d'âge caractérisées par le sexe des individus offre une représentation synthétique des résultats précédents (figure 3). Le premier facteur, qui rend compte de la moitié de la variance du nuage, est uniquement structuré par l'âge, ce qui confirme une fois encore la prépondérance de la dimension temporelle dans le modelage des représentations profanes, et ce qui montre que les grandes conceptions

de la santé telles qu'elles évoluent au cours de la vie sont d'abord partagées par hommes et femmes. Néanmoins, même s'il ne représente que 11 % de l'inertie du nuage de points, le deuxième facteur oppose les mots des hommes à ceux des femmes. Des thématiques communes aux deux sexes sont donc déclinées avec un vocabulaire spécifique. Il est logique que les mots les plus caractéristiques des hommes et des femmes se positionnent loin du centre de gravité du nuage. On note à cette occasion que le mot « famille » qui n'apparaissait pour l'instant ni dans la typologie, ni dans l'étude du vocabulaire spécifique par sexe, se place clairement du côté des femmes sur le graphique factoriel, confirmant que la santé peut aussi être définie en référence aux relations sociales, et plus particulièrement aux relations familiales, comme l'avaient déjà identifié Alphonse d'Houtaud et Mildred Blaxter dans leurs typologies respectives.

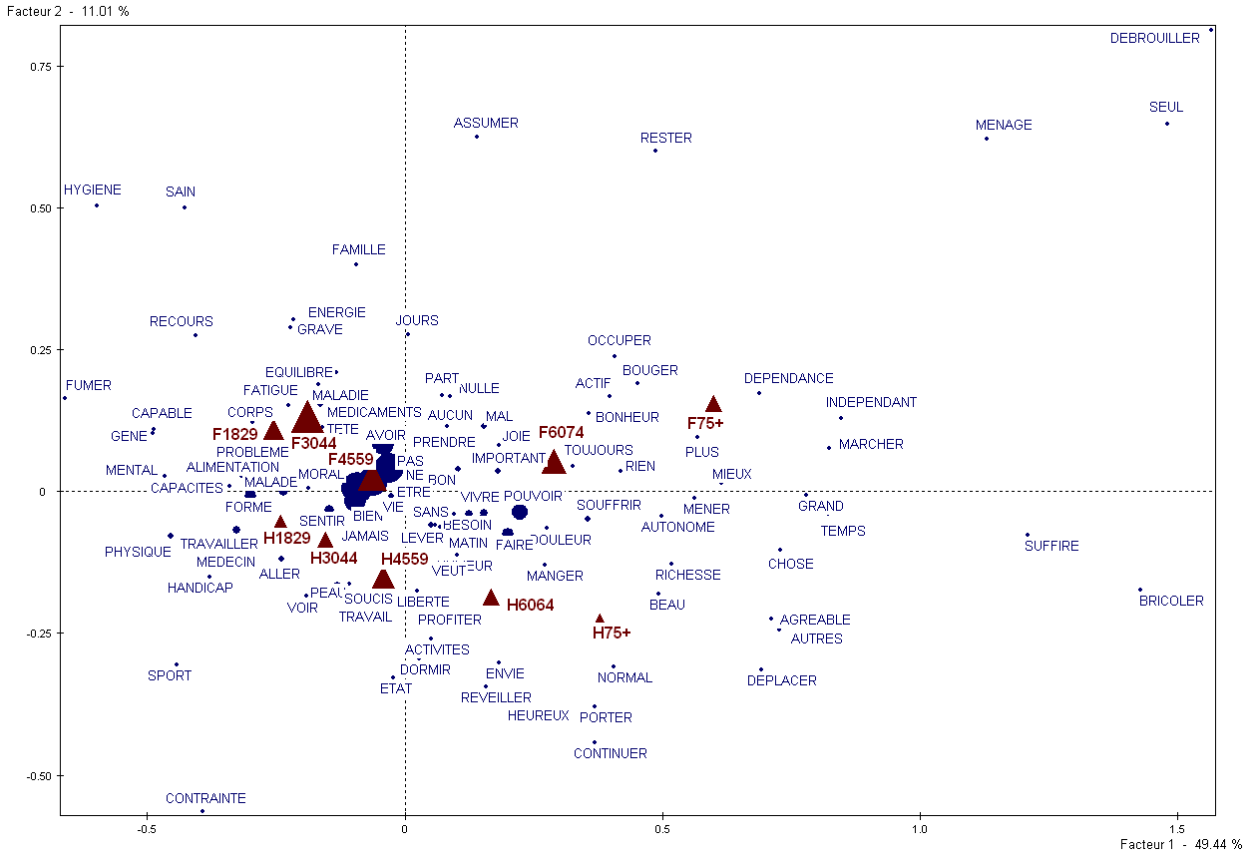


Figure 3 – Plan factoriel 1-2 de l'analyse du tableau lexical agrégé croisant les lemmes et les classes d'âge caractérisées par le sexe

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

3.3.3. « Être en bonne santé, c'est ne pas aller chez le médecin »

Pour finir, revenons à notre typologie afin de déterminer si certaines conceptions sont fondamentalement genrées. Une fois l'âge contrôlé, les profils « capacité à mener ses activités » et « autonomie » ne sont plus caractérisés par le sexe (tableau 10). Ces thématiques sont, comme nous l'avons vu précédemment, partagées par hommes et femmes, même si dans le détail, le vocabulaire utilisé porte la marque du genre : le bricolage est une activité citée par les hommes quand le ménage occupe davantage les femmes, « être autonome » et « se débrouiller seul » sont les versants, respectivement masculin et féminin, de l'appréhension de la dépendance. Comme l'état de santé et le milieu social, le genre introduit donc des différences de second ordre dans les représentations du lien entre vieillissement et santé.

Tableau 10 – Caractérisation des classes par le sexe

	Sans contrôle de l'âge		Avec contrôle de l'âge	
	Modalité caractéristique	Valeur-test	Modalité caractéristique	Valeur-test
Équilibre et hygiène de vie			Femme (18-29) Homme (30-59)	5,48 3,68
Énergie				
Bien-être	Homme	3,39	Homme (18-29) Femme (30-59)	4,35 3,69
Absence de maladie	Femme	6,36	Femme (18-29) Femme (30-59)	5,47 4,68
Absence de recours au médecin	Homme	3,84	Homme (30-59)	4,62
Absence de traitement				
Absence de douleur	Femme	4,91	Femme (60+)	5,66
Être heureux et vivre normalement				
Capacité à mener ses activités	Homme	3,48		
Autonomie	Femme	3,27		

Lecture : La modalité « femme » est caractéristique de la classe « absence de maladie ».

Source : INSEE, Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, partie variable « Comportements vis-à-vis de la santé », mai 2001

Au final, trois classes peuvent être considérées comme genrées. C'est le cas de l'« absence de maladie » et de l'« absence de douleur » caractérisées uniquement par les femmes. À l'inverse, définir la bonne santé comme l'absence de recours au médecin est une réponse classiquement formulée par les hommes. Nous touchons ici encore à la construction sociale du masculin et du féminin. Habituées à consulter un gynécologue dès l'adolescence, et ce, dans une optique de contrôle, les femmes ont un rapport préventif à la médecine. Les hommes, quant à eux, entretiennent davantage un rapport curatif au recours aux soins. S'ils associent santé et absence de consultation médicale, l'équation, lorsqu'elle est inversée, produit dans leur esprit la correspondance entre maladie et médecin. Il y a en effet fort à parier que ceux qui décrivent la bonne santé simplement comme l'absence de recours au médecin ne fassent la démarche de consulter que s'ils s'estiment et se reconnaissent malades. Mais au regard de tous les éléments qui viennent d'être exposés, la façon dont les hommes appréhendent la maladie et les critères

qu'ils mobilisent pour se définir comme malades sont davantage fonction du bien-être, notamment physique et physiologique, mais surtout de leur capacité à mener leurs activités, tandis que les femmes se montrent plus sensibles aux symptômes et aux douleurs ressentis. L'hypothèse selon laquelle les hommes jugent leur état de santé aux limitations fonctionnelles induites par la maladie, bien plus qu'à la maladie elle-même, contrairement aux femmes, reste à vérifier empiriquement. Mais déjà, l'existence de représentations genrées de la santé, notamment dans ses définitions les plus médicales, pose des questions fondamentales sur les mesures concrètes de l'état de santé qui peuvent être utilisées en vue d'une comparaison rigoureuse des hommes et des femmes.

4. Conclusion

Il convient de revenir brièvement sur les apports à la fois méthodologiques et substantiels de cette étude sur les représentations profanes de la santé saisies à travers les réponses à une question ouverte posée en population générale, pour ensuite s'interroger sur les conséquences de nos résultats en termes de mesures d'état de santé.

D'un point de vue méthodologique, d'abord, l'analyse textuelle, et plus particulièrement ici l'analyse lexicométrique, s'est révélée un outil exploratoire de la structure multidimensionnelle des textes. Elle a permis de décrire les principales conceptions de la santé telles qu'elles ressortent de la co-occurrence des mots dans les réponses formulées par les individus, de les quantifier de manière à constater la prédominance du registre du bien-être sur les définitions proprement médicales, et enfin de les caractériser par les variables individuelles qui nous semblaient les plus centrales dans le façonnement de ces représentations, à savoir l'âge, l'état de santé, le sexe et le milieu social. Au final, l'approche lexicométrique s'avère particulièrement efficace pour traiter les questions ouvertes en diminuant techniquement le coût d'exploitation d'échantillons dépassant quelques centaines d'individus, mais surtout en réduisant sensiblement l'arbitraire des regroupements. Par souci de rigueur méthodologique, il convient de s'interroger sur l'impact de nos choix méthodologiques sur les résultats. Il serait illusoire de croire que les méthodes statistiques font complètement disparaître la nécessité de prendre des décisions qui peuvent influer sur les résultats obtenus. Nous avons, au contraire, eu le souci tout au long de ce travail de recherche d'insister sur les choix méthodologiques que nous avons été amenée à faire, que ce soit concernant la lemmatisation, le seuil de fréquence fixé, les méthodes statistiques appliquées, le tableau de contingence étudié. Toutefois, si ces choix ne peuvent être parfaitement neutres et si les résultats exposés y ont forcément été sensibles, nous pouvons néanmoins souligner la robustesse de notre typologie finale face au changement du tableau lexical (entier ou agrégé selon l'âge) soumis à l'analyse factorielle des correspondances.

Les représentations profanes de la santé peuvent conceptuellement être résumées sous trois formes : le souci du bien-être, les définitions médicales et le maintien des capacités, auxquelles nous devrions ajouter l'attachement à la santé en tant que valeur, évoqué par un certain nombre de répondants en parallèle des définitions précédentes. Ce regroupement ne repose pas directement sur la coupure de l'arbre hiérarchique en trois classes, mais sur un travail interprétatif justifié statistiquement par la séparation

initiale des définitions médicales par l'algorithme de classification, ainsi que par la cohérence de la sur-classe « maintien des capacités » liée à la présence du verbe « pouvoir » dans chacune de ses trois sous-classes, et confirmé *a posteriori* par l'homogénéité des formes de santé au regard des catégories d'âge.

L'apport principal de notre travail est justement d'avoir démontré la force de l'âge pour modeler les représentations profanes de la santé. Ce qui peut paraître somme toute assez trivial après coup méritait d'être mis en évidence empiriquement tant les premiers travaux français sur ce sujet s'étaient focalisés sur l'effet du milieu social. Dans les années 1970-1980, lorsque la sociologie de la santé s'établit en France sur le thème de la construction sociale de la santé et de la maladie, thème initié par Claudine Herzlich, la recherche de légitimité scientifique dans un domaine dominé à l'époque par l'approche médicale a certainement conduit à privilégier une « variable lourde » de la sociologie, comme la classe, variable indiscutablement sociale, au détriment de variables plus ambivalentes quant à leur statut, à la fois biologique et social, tels l'âge ou le sexe. La prédominance de la perspective classiste dans les travaux français et anglo-saxons sur les représentations de la santé doit également se comprendre au regard de la domination théorique que la lecture structuraliste exerçait à cette époque en sociologie. D'ailleurs, le déclin de cette tradition de recherche sur les représentations sociales de la santé au profit de travaux s'intéressant à l'expérience concrète, individuelle, de la maladie n'est certainement pas indépendant du tournant théorique qui s'opère dans les années 1990 substituant l'action individuelle aux déterminants sociaux traditionnels et plaçant ainsi l'individu au centre de la société. Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que l'âge, dans sa dimension biologique, comme détérioration progressive et inévitable de l'état de santé, et dans sa dimension sociale, comme cycle de vie, est la principale structuration rendant compte de la variation des représentations profanes de la santé. Mais ce résultat ne pouvait être mis en évidence qu'en intégrant les représentations de la santé chez les personnes âgées, population qui n'avait pas été prise en compte dans les précédents travaux français. Les représentations attachées aux âges jeune et adulte, le souci du bien-être et les définitions médicales, sont effectivement sensibles aux déterminants sociaux (classe sociale et genre), mais aussi aux variables médicales (santé perçue, suivi pour une maladie grave ou chronique, difficultés à se déplacer). En revanche, les représentations de la santé associées à la vieillesse ont toutes trait au maintien des capacités et des activités dans la vie quotidienne et se révèlent faiblement soumises aux variations sociales et médicales. Il est frappant que la classe « capacité à mener ses activités » qui représente 20 % de l'échantillon soit une conception partagée par les individus âgés de 60 ans et plus, indépendamment de leur sexe, de leur état de santé, de leur niveau d'éducation ou de la dernière profession exercée. Face à la force explicative de l'âge, les autres variables introduisent des variations notables et intéressantes dans les représentations de la santé mais qui restent de second ordre.

Si la modification des normes de santé au cours de la vie et les représentations attachées aux différents âges se révèlent au final relativement attendues, l'opposition des discours masculin et féminin sur la bonne santé est, en revanche, l'un des résultats les plus frappants. Que les femmes s'inscrivent davantage que les hommes dans les conceptions médicales classiques de la santé, en insistant sur l'absence de maladie et de douleurs, peut aisément se comprendre au regard de leurs rapports spécifiques au corps et à la médecine. Ce qui caractérise le plus fortement le discours féminin, c'est l'absence de définition positive de la santé. Et elle est d'autant plus criante que les définitions masculines sont empreintes d'un certain hédonisme en se référant au registre du bien-être ou de la liberté d'action.

Comment expliquer ce rapport essentiellement négatif que les femmes entretiennent à leur santé ? Ne se soucient-elles pas de leur bien-être ? Le succès de nombreux magazines féminins laissant un large place à cette question nous conduirait plutôt à écarter cette hypothèse. Est-ce un effet des rôles et des contraintes supplémentaires dévolus aux femmes, parmi lesquels leur rôle de gestionnaire de la santé familiale implique une attention à l'hygiène et aux maladies à l'intérieur du foyer ? La division des rôles entre hommes et femmes créerait ainsi des préoccupations et des soucis profondément genrés. Ou est-ce lié à une vulnérabilité différentielle entre hommes et femmes comme le suggère l'insistance féminine sur les douleurs et la souffrance ? Vulnérabilité qui peut être d'origine biologique, le corps masculin étant en moyenne plus robuste, mais aussi d'origine sociale, la virilité se mesurant entre autres à l'aune de la résistance à la douleur physique ou psychologique. De la même façon qu'hommes et femmes comptent le nombre de partenaires sexuels qu'ils ont eus au cours de la vie à partir de critères différents (Bajos et Bozon 2009), hommes et femmes ne prennent visiblement pas en compte les mêmes éléments pour évaluer leur état de santé. La signification différente qu'ils accordent au recours aux soins, l'attention des femmes aux douleurs et aux symptômes des maladies, les critères de bien-être et de maintien de leurs activités davantage mobilisés par les hommes sont autant d'exemples du risque qu'il y aurait à considérer un indicateur de santé en négligeant son éventuelle spécificité au regard du genre.

Que la santé ne soit pas une norme socialement partagée doit nous conduire à nous interroger sur la façon de mesurer l'état de santé en sociologie. Puisque les références mobilisées par les individus varient selon leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales, comment définir des indicateurs d'état de santé comparables pour toute la population ? Cette étude fournit un argument à la validation empirique de la mesure de la santé par la santé perçue. En demandant aux individus d'estimer leur état de santé, sans suggérer de critères, chacun peut ainsi l'évaluer selon sa propre représentation de la bonne santé. Reste alors à choisir les indicateurs les plus pertinents, notamment en vue de comparaisons hommes/femmes. Fondamentalement, ce qui justifie une approche globale de l'état de santé en sociologie, c'est qu'en se plaçant du point de vue des individus, il n'est que très rarement fait mention de pathologies précises. Les individus évoquent la maladie, grave ou chronique, quand elle nécessite un traitement long, quand elle s'accompagne de douleurs, quand elle réduit les capacités et ainsi limite le champ des activités quotidiennes, quand elle fait peser l'incertitude de la guérison. C'est pourquoi nous pensons qu'une approche sociologique de l'état de santé doit s'inscrire dans le prolongement des travaux qualitatifs sur la construction sociale de la santé et de la maladie, en prenant en compte la perception subjective d'un état objectivé, bien plus qu'entrer dans le détail des pathologies, qui reste le domaine privilégié de l'épidémiologie.

BIBLIOGRAPHIE

Aïach, Pierre. 2001. « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie. Des différences paradoxales », p. 117-147 in Pierre Aïach. Dominique Cèbe. Geneviève Cresson et Claudine Philippe (dir.). *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Rennes: Éditions ENSP.

Bajos, Nathalie et Michel Bozon. 2009. *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: La Découverte.

Baudelot, Christian. 1998a. « Préface » in Ludovic Lebart et André Salem. *Analyse statistique des données textuelles*. Paris: Dunod.

—. 1988b « Confiance dans l'avenir et vie réussie ». *Mélanges économiques. Essais en l'honneur d'Edmond Malinvaud*. Paris: Economica et EHESS.

Baudelot, Christian et Roger Establet. 1989. *Le niveau monte.* Paris: Seuil.

Baudelot, Christian et Michel Gollac. 2003. *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris: Fayard.

—. 1997. « Faut-il travailler pour être heureux ? ». *INSEE première* 560.

Benzécri, Jean-Paul. 1981. *Pratique de l'analyse des données : Linguistique et lexicologie*. Tome 3. Paris: Dunod.

Bessière, Céline et Frédérique Houseaux. 1997. « Suivre des enquêteurs ». *Genèses* 29:100-114.

Blaxter, Mildred. 1990. *Health and Lifestyles*. London: Routledge.

Blaxter, Mildred et Elizabeth Paterson. 1982. *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Behaviour*. London: Heinemann Educational Books.

Boltanski, Luc. 1971. « Les usages sociaux du corps ». *Annales* 26:205-233.

Brugidou, Matthieu, Nadine Mandran, Michèle Moine et Anne-Claude Salomon. 2004. « Méthode et stratégie d'analyse des questions ouvertes du panel électoral français ». *Bulletin de méthodologie sociologique* 82: 5-26.

Bury, Michael. 1982. « Chronic illness as biographical disruption ». *Sociology of Health and Illness* 4:167-182.

Caradec, Vincent. 2009. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: Armand Colin.

Clark, Andrew E. et Augustin Vicard. 2007. « Conditions de collecte et santé auto-déclarée : une analyse sur données européennes ». *Économie et statistique* 403-404: 143-163.

Demazière, Didier, Claire Brossaud, Patrick Trabal et Karl van Meter (dir.). 2006. *Analyses textuelles en sociologie. Logiciels, méthodes et usages*. Rennes: PUR.

Durkheim, Émile. 1893. *De la division du travail social*. Paris: PUF. [2007].

Guérin-Pace, France. 1997. « La statistique textuelle. Un outil exploratoire en sciences sociales ». *Population* 52:865-887.

Herzlich, Claudine. 1969. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: EHESS. [1996].

—. 1984 « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », p. 189-215 in Marc Augé et Claudine Herzlich (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie. Histoire. Sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives contemporaines.

Ehrenberg, Alain. 1991 *Le culte de la performance*. Paris: Calmann-Lévy.

Ferraro, Kenneth F. et Melissa M. Farmer. 1999. « Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity? ». *American Sociological Review* 64:303-315.

Gollac, Michel et Serge Volkoff. 2006. « La santé au travail et ses masques ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 163:5-17.

d'Houtaud, Alphonse. 2003. *L'image sociale de la santé*. Paris: L'Harmattan.

d'Houtaud, Alphonse et Mark G. Field. 1984. « The image of health: Variations in perception by social class in a French population ». *Sociology of Health and Illness* 6:30-60.

Idler, Ellen L. et Yael Benyamini. 1997. « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies ». *Journal of Health and Social Behavior* 38:21-37.

Jenny, Jacques. 1997. « Méthodes et pratiques formalisées d'analyse de contenu et de discours dans la recherche sociologique française contemporaine : état des lieux et classification ». *Bulletin de méthodologie sociologique* 54:64-112.

Lebart, Ludovic et André Salem. 1994. *Statistique textuelle*. Paris: Dunod.

Pan Ké Shon, Jean-Louis. 2005. « La représentation des habitants de leur quartier : entre bien-être et repli ». *Économie et statistique* 386:3-35.

de Peretti, Gaël. 2006. « Les usagers ont-ils quelque chose à ajouter ? ». *Économie et statistique* 391-392:151-175.

—. 2005. « La « mise en variables » des textes : mythe ou réalité ? ». *Bulletin de méthodologie sociologique* 88:5-30.

Peretti-Watel, Patrick. 2006. « Ce que la population pense du cancer. Opinions. risques perçues et causes présumées », p. 30-52 in Philippe Guibert, Patrick Peretti-Watel, François Beck et Arnaud Gautier (dir.). *Baromètre cancer 2005*. Éditions de l'INPES.

Pierret, Janine. 1984. « Les significations sociales de la santé : Paris. L'Essonne. l'Hérault », p. 217-256 in Marc Augé, Claudine Herzlich. *Le sens du mal. Anthropologie. Histoire. Sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives contemporaines.

Pill, Roisin et Nigle C. H. Stott. 1982. « Concept of illness causation and responsibility: Some preliminary data from a sample of working class mothers ». *Social Science and Medicine* 56:43-52.

Poullaouec, Tristan. 2004. « Les familles ouvrières face au devenir de leurs enfants ». *Économie et statistique* 371:3-22.

Poullaouec, Tristan et Agnès Pélage. 2007. « "Le haut du panier de la France d'en bas ? " Le sentiment d'appartenir à une classe sociale chez les membres des professions intermédiaires ». *Revue française des affaires sociales* 2:27-56.

Sanders, Caroline, Jenny Donovan et Paul Dieppe. 2002. « The significance and consequences of having painful and disabled joints in older ages : co-existing accounts of normal and disrupted biographies ». *Sociology of Health and Illness* 24:227-253.

Schuman, Howard et Stanley Presser. 1979. « The open and closed question ». *American Sociological Review* 44: 692-712.

Sontag, Susan. 2009. *La maladie comme métaphore / Le sida et ses métaphores*. Paris: Christian Bourgois éditeur.

Vergès, Pierre et Philippe Cibois. 2006. « Perspectives sociologiques et analyses des discours », p. 147-173 in Didier Demazière, Claire Brossaud, Patrick Trabal et Karl van Meter (dir.). *Analyses textuelles en sociologie. Logiciels. méthodes et usages*. Rennes: PUR.

Williams, Rory. 1990. *A Protestant Legacy: Attitudes to Death and Illness Among Older Aberdonians*. Oxford: Clarendon Press.

Williams, Gareth. 1984. « The genesis of chronic illness: narrative re-construction ». *Sociology of Health and Illness* 6:175-200.