

Connaître les attitudes et les attentes: une condition de base pour une éducation sanitaire efficace

A. d'Houtaud¹ et R. Gueguen

Centre de Médecine Préventive, Vandœuvre-lès-Nancy

1. Introduction

Durant les deux dernières décennies surtout, beaucoup d'études de sociologie médicale ont tenté d'explorer les relations des patients avec les praticiens ainsi que les structures du monde hospitalier: en France des analyses bibliographiques ont été publiées successivement par C. Dufrancatel [2], C. Herzlich [3], F. Steudler [8 et 9] ainsi que dans un numéro spécial de la *Revue Française de Sociologie* [1]. Pour sa part, C. Herzlich aborde la représentation de la santé conjointement avec celle de la maladie, mais seulement à partir de 80 interviews auprès d'individus pris principalement dans des couches moyennes et intellectuelles de la population.

Pour notre part, dans le cadre régional de la Lorraine, après avoir cherché à cerner plus particulièrement, d'une part, comment les patients perçoivent leur médecin et ses relations avec eux [4 et 5], nous nous sommes attachés à explorer, d'autre part, la représentation de la santé elle-même à partir d'une question ouverte posée à 4000 clients d'un bilan de santé [6], puis à partir de questions fermées posées à un échantillon de 615 personnes, le seul dont nous parlerons dans le présent article.

Sur la base de ceux deux séries de recherche lorraines, nous avons tenté une synthèse des facteurs psychosociaux de la santé [7].

L'hypothèse sous-jacente à ces deux séries a été de savoir s'il était cohérent de chercher à structurer un univers des représentations de la santé, puis un univers de celles du médecin et de la médecine. La réponse ayant été affirmative dans les deux cas, on s'est alors demandé, en une première étape de la synthèse, si ces deux univers sont susceptibles d'être associés en un univers plus global ou bien s'ils demeurent extérieurs l'un à l'autre. Les résultats n'ayant pas été très nettement concluants, on s'est dès lors interrogé, dans une seconde étape, sur l'opportunité de structurer ces deux groupes de représentations en un univers plus global comportant en plus certains paramètres psychosociologiques.

2. Problématique

Dans le présent article, nous ne nous arrêterons qu'à quelques résultats globaux obtenus à partir d'analyses

L'observation privilégiée d'un échantillon de la population adulte à l'occasion d'un bilan de santé individuel, permet à l'auteur de dégager, parmi les attitudes vis-à-vis de la santé et les attentes à l'égard de la médecine, une série de tendances rarement vérifiées en Europe à cette échelle. Leurs implications pour l'éducation sanitaire méritent donc attention et prise en considération.

factorielles des correspondances dont nous allons extraire les éléments de nature à mettre en évidence les attitudes et les attentes de la population concernant la médecine préventive et, partant, de nature à orienter des actions en éducation pour la santé¹.

En nous adressant de préférence à la technique de l'analyse factorielle des correspondances, nous entendons quitter le cheminement linéaire de variables en variables, que nous avons suivi dans l'exploitation initiale des données de nos recherches, pour accéder à un univers pluridimensionnel incluant simultanément toutes les représentations envisagées. En somme, il s'agit d'organiser synthétiquement les données éparses de nos investigations successives afin de pouvoir déter-

¹ Le principe de l'analyse des correspondances est d'associer une représentation géométrique à un tableau de nombres, puis de résumer cette représentation par quelques schémas principaux.

Lorsque le tableau de nombres traduit un croisement individus x caractères (i.e. résultat de l'observation de plusieurs caractères sur plusieurs individus) on peut s'intéresser à la représentation des individus ou à celle des caractères.

Les schémas concernant les individus servent à constituer des groupes d'individus les plus semblables possibles, à faire des classements. Les coordonnées des individus sur les axes sont les traductions quantitatives de variables latentes appelées facteurs principaux qui résultent de la combinaison des variables initiales. Ces facteurs principaux sont calculés par ordre décroissant d'importance et sont non corrélés entre eux.

La représentation des caractères découle très simplement de celle des individus: la coordonnée d'un caractère sur un axe est – à un coefficient près – celle du centre de gravité des points associés aux individus présentant ce caractère.

Ainsi deux caractères très liés apparaîtront souvent chez les mêmes individus et seront donc représentés par des points proches, et, inversement, deux caractères antagonistes seront représentés par des points diamétralement opposés. Dans une projection plane, il faut prendre garde au fait qu'une proximité entre deux points peut être fallacieuse si les deux points sont en réalité éloignés l'un de l'autre sur un autre axe. Pour éviter ces erreurs, on mesure l'éloignement entre un point et sa projection sur un axe par un indice appelé contribution du facteur au caractère.

Les schémas concernant les caractères sont donc des représentations graphiques des corrélations entre les caractères et font apparaître les principaux «types» d'individus.

¹ Sociologue, chargé de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Centre de Médecine Préventive, 2, av. du Doyen J. Parisot, F-54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France.

miner quels rapports chaque représentation soutient avec toutes les autres et comment elles s'assemblent toutes par proximité à l'intérieur de l'ensemble.

3. Méthodologie

Afin de bien souligner le caractère hypothétique de nos analyses factorielles présentes et leur fonction préparatoire, relevons que l'échantillon relativement faible (N = 615) sur lequel elles ont pu être appliquées était celui d'une pré-enquête destinée à préparer une enquête numériquement plus confortable et statistiquement plus satisfaisante: d'où leur valeur de première exploration du terrain.

Cet échantillon a été décrit dans deux des travaux déjà cités, auxquels, pour faire bref, nous nous permettons de renvoyer [6 et 7]. Notons cependant qu'il a été constitué de 1564 personnes de 25 à 35 ans et de 45 à 55 ans, ayant été invitées en 1973 au bilan de santé: 500 tirées au sort parmi celles qui ont accepté, 500

parmi celles qui n'ont pas répondu, enfin la totalité des 564 qui ont expressément répondu «non». Les pourcentages de réponses dans ces trois groupes ont été respectivement de 60 % (oui au bilan), 28 % (non-réponse à l'invitation au bilan), 19 % (non au bilan); soit 615 documents retournés, dont 593 ont été remplis de façon satisfaisante et 22 de façon inutilisable. Au total, expédié par la voie postale et complété par un rappel une semaine après, le questionnaire n'a rencontré de coopération marquée que de la part des personnes ayant déjà accepté précédemment le bilan. Or l'un des objectifs de cette recherche était de mesurer l'accessibilité respective de chacune de ces trois catégories de la population tirée au sort pour le bilan de santé. L'échantillon des répondants est donc plus proche de la population du bilan de santé que de celle du secteur géographique de la Lorraine dont s'occupait alors le Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy.

Notons encore que, dans le questionnaire, les ques-

Tableau I: Liste des 71 variables utilisées dans les projections 1 et 2

I-1. Variables qui se correspondent deux à deux, représentant l'une un choix (+), l'autre un refus (-).

Questions	Variables	Liste des variables	Numéros	
			+	-
I-1.1 Termes les plus aptes (+) ou les moins aptes (-) à évoquer la santé		Epanouissement	1	5
		Pleine forme	2	6
		Bon moral	3	7
		Joie de vivre	4	8
I-1.2 Expressions correspondant le mieux (+) ou le moins bien (-) à ce qu'est la santé		Se sentir bien dans sa peau	9	15
		Ne pas avoir peur de l'avenir	(10)	(16)
		Etre optimiste	(11)	(17)
		Vivre sans contrainte	(12)	(18)
		Affronter tous les problèmes	(13)	(19)
		Ne pas être malade	14	20
I-1.3 La santé est affaire de (réponses en + ou -)		Hygiène	21	26
		Travail	22	27
		Vie et bonheur	23	28
		Equilibre	24	29
		Connaissance de soi et de son corps	25	30

I-2. Variables qui se correspondent deux à deux, représentant une réponse l'une par «oui», l'autre par «non»

Questions	Variables	Liste des variables	Numéros	
			OUI	NON
I-2.1 Qui est, d'après vous, responsable de votre santé		La société	31	32
		Vous-même	33	34
		Votre médecin habituel	35	36
I-2.2 A vos yeux, le médecin doit-il être avec vous		Technicien	37	38
		Ami	39	40
		Conseiller	41	42
		Savant	43	44

I-3. Variables associées par groupes de deux ou trois, celui des catégories socioprofessionnelles faisant exception (6 variables)

Questions	Variables	Liste des variables	Numéros
I-3.1	Attendez-vous du médecin qu'il passe plus de temps à	Soigner les malades Eduquer les bien-portants	45 46
I-3.2	Appartient-il essentiellement à la médecine de	Prescrire Prévenir	47 48
I-3.3	La personne en bonne santé	A de la chance A de la résistance Prend les précautions qu'il faut	49 50 51
I-3.4	Une question tend à dégager les attitudes de	Fatalisme Non-fatalisme	52 53
I-3.5	Pour améliorer la santé faut-il en priorité	Eduquer les personnes Améliorer les conditions de vie Développer la recherche médicale	(54) (55) (56)
I-3.6	Votre travail vous apporte-t-il des satisfactions personnelles	Beaucoup Assez Peu ou pas du tout	57 58 59
I-3.7	Groupes d'âge	50 ans et plus 30 à 49 ans Moins de 30 ans	(60) (61) (62)
I-3.8	Catégories socio-professionnelles	Agriculteurs Professions et cadres supérieurs Cadres moyens Employés Ouvriers qualifiés et contremaîtres Ouvriers spécialisés, manœuvres, personnel de service	63 64 65 66 67 68
I-3.9	Réactions à l'invitation du Centre de bilan	Venue au bilan Réponse «non» Non-réponse à l'invitation	69 70 71

tions fermées sur la santé ont repris les éléments les plus intéressants obtenus par l'analyse de contenu des réponses à la question ouverte de la recherche mentionnée ci-dessus, alors que celles sur le médecin et la médecine ont été sélectionnées dans les questionnaires de deux autres recherches antérieures¹.

4. Résultats et traitement statistique

4.1 Les 71 variables

Le tableau I donne la liste des 71 variables utilisées pour constituer l'univers multidimensionnel dont les figures 1 et 2 reproduisent les projections sur plan 1 et 2.

¹ La présentation critique de ces quatre recherches successives a été faite dans les deux mêmes travaux auxquels nous venons de renvoyer [6 et 7].

Les variables 1 à 30 comprennent les seules définitions de la santé maintenues dans cette quatrième analyse. De 31 à 36, on n'a retenu que trois responsables de la santé parmi ceux qui avaient été proposés dans les questionnaires. De même, de 37 à 44, il n'est question que de 4 rôles du médecin et, de 45 à 48, de 4 fonctions de la médecine. A partir de 49, il s'agit des paramètres psychosociologiques annoncés: des attitudes face à la santé (49–56), face au travail (57–59); des groupes d'âge (60–62), des catégories socio-professionnelles (63–68), des attitudes face à l'invitation à un bilan de santé (69–71). Dans les projections sur plan (figures 1 et 2) et dans les commentaires que nous en donnons il est tenu compte de toutes les 71 variables. Mais, dans la retranscription simplifiée que nous proposons ici de ces projections, nous supprimons

quelques variables psychologiques (54–56), quelques définitions de la santé (10 à 13 et 16 à 19) et les classes d'âge (60–62).

4.2 Les deux projections sur plan

La figure 1 reproduit la plupart des éléments de la

projection sur plan 1 que déterminent les axes 1 et 2. La figure 2 reproduit la plupart des éléments de la projection sur plan 2, que détermine le même axe 1, croisé cette fois avec l'axe 3.

Les trois axes ainsi retenus contribuent à des oppositions entre les variables, dont on peut retenir les principales caractéristiques dans les trois schémas suivants:

A) L'axe 1 oppose des variables principalement orientées vers la prise en charge de la santé

	<i>Extrémité gauche</i>	<i>Extrémité droite</i>
La santé	épanouissement se sentir bien dans sa peau, affaire de connaissance de soi, question de précaution	ni épanouissement ni connaissance de soi, mais question de chance, de résistance physique
Le médecin	doit surtout éduquer les bien-portants	doit surtout soigner les malades
Les tendances	non-fatalisme responsabilité personnelle sur sa santé	fatalisme non-responsabilité personnelle sur sa santé
Les catégories	Cadres supérieurs et moyens, employés	contremaîtres, ouvriers, agriculteurs

B) L'axe 2 oppose des éléments humains à des éléments techniques

	<i>Extrémité gauche</i>	<i>Extrémité droite</i>
La santé	Joie de vivre affaire de vie et de bonheur	n'est pas affaire de vie et de bonheur mais pleine forme
La médecine	doit prévenir	doit prescrire
Le médecin	ni un technicien, ni un savant, mais un ami	non pas un ami, mais un technicien, un savant
Les catégories	cadres moyens, contremaîtres, ouvriers qualifiés	cadres supérieurs

C) L'axe 3 oppose une conception de la santé comme hygiène et résistance physique à une conception de la santé comme travail et chance

	<i>Extrémité gauche</i>	<i>Extrémité droite</i>
La santé	hygiène question de résistance physique, connaissance de soi, ne pas être malade	travail question de chance, équilibre, affaire de vie et bonheur, faire face aux problèmes
Les responsables de la santé	l'individu, son médecin	la société
Le médecin	ami et conseiller	technicien
Les catégories	employés, ouvriers, agriculteurs	cadres supérieurs et moyens

5. Discussion

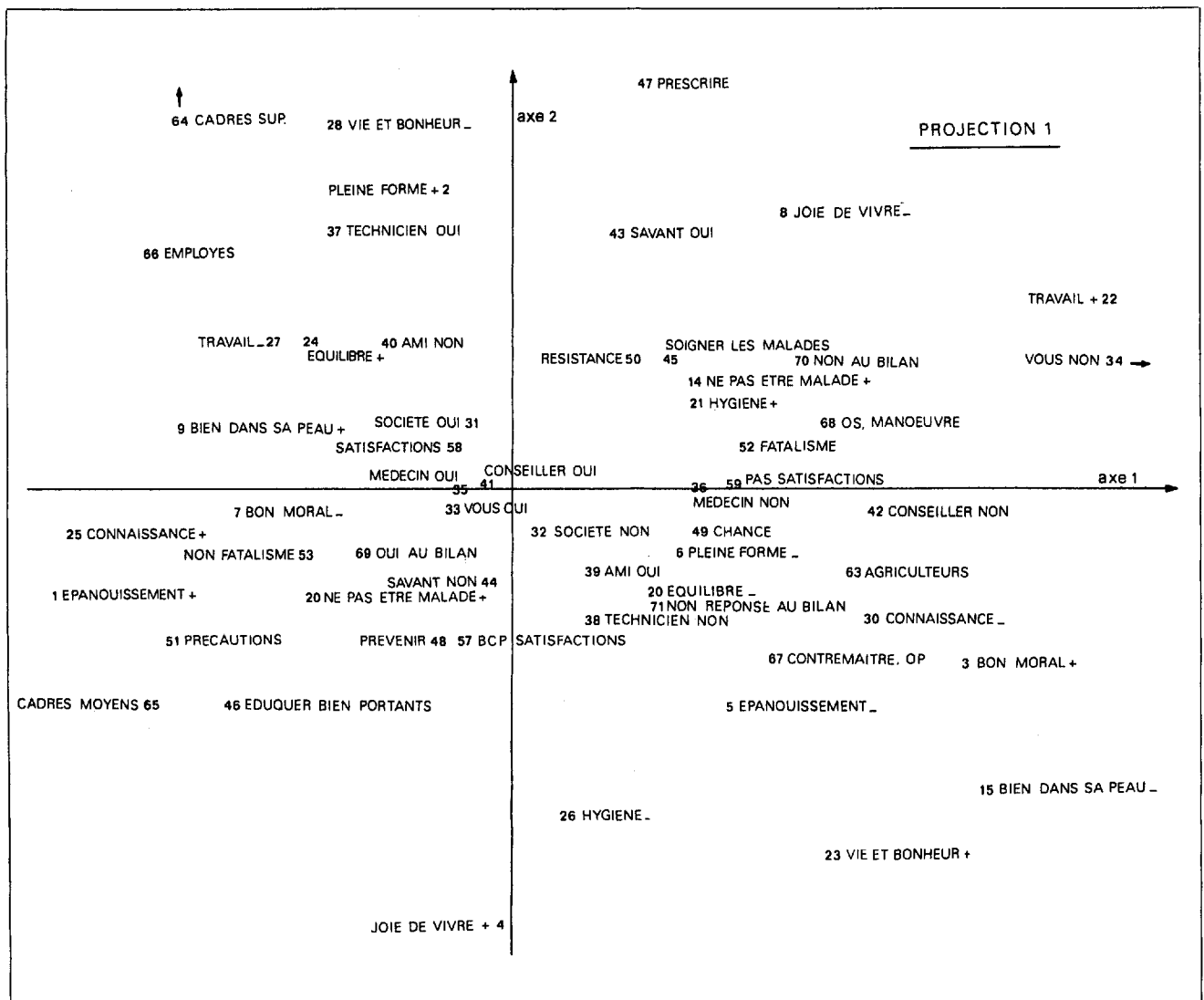
Deux constatations liminaires semblent fournir la base à toute discussion des résultats précédents.

En premier lieu, il semble indéniable que l'axe 1 de nos deux projections établit une bipolarité dans les grandes tendances face à la médecine, au médecin, à la santé: en gros, cela correspond à une opposition des manuels aux cadres. Sur ce point il y a convergence entre les analyses multifactorielles, ici présentées, et les analyses classiques, réalisées d'autre part [cf. 6 et 7]. Autrement dit, les représentations de la santé et de la médecine semblent se différencier à la façon des catégories socioprofessionnelles, du moins dans la population lorraine à laquelle nos diverses investigations ont permis d'accéder.

En second lieu, les axes 2 et 3 semblent contribuer

d'avantage à la dispersion des représentations de la santé, qui, dans cette même mesure, leur sont donc liées, alors que les représentations relatives au médecin et à la médecine paraissent plus liées à l'axe 1 et aux paramètres psychosociologiques, spécialement à l'opposition sociologique déjà mentionnée entre manuels et cadres et à l'opposition psychologique entre fatalistes et non-fatalistes. On dirait que l'univers des représentations de la santé conserve une certaine autonomie par rapport à celui des représentations relatives au médecin et à la médecine: en somme les éléments concernant la santé ne se laissent pas facilement situer par rapport aux variables de la médecine ou réciproquement.

Au-delà des deux constatations précédentes, notre instrument d'observation ne donne plus, de la réalité, des



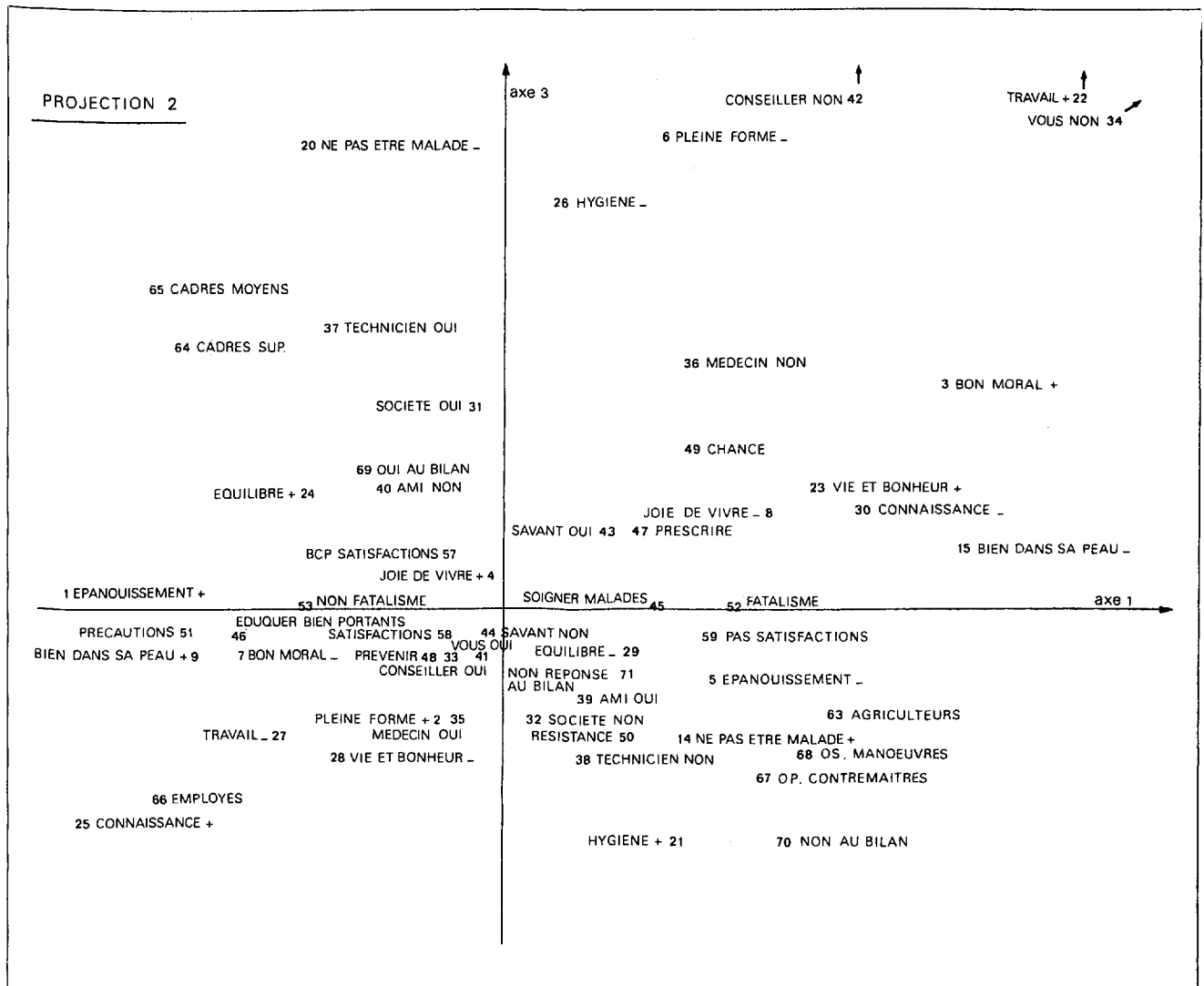
images aussi nettes, aussi faciles d'accès (autant le reconnaître franchement). Ce que nous allons encore avancer ne le sera que par mode d'interprétation d'un autre phénomène: celui d'une sorte de clivage aux deux extrémités de la nébuleuse prise selon son axe 1. Le clivage est plus nettement repérable dans la région droite de nos projections entre les quadrants III et IV¹, c'est-à-dire à l'extrémité des manuels et des fatalistes. Ainsi, dans la projection sur plan 1 (figure 1), on note une différenciation entre le quadrant III (angle inférieur droit) et le quadrant IV (angle supérieur droit). Dans ce dernier, du côté des ouvriers spécialisés (les O.S.) et des manœuvres, il y a la santé conçue comme résistance physique, hygiène, travail et le médecin considéré comme savant. En revanche, dans le quadrant III, autour des ouvriers qualifiés et contremaîtres et des agriculteurs, on rencontre le médecin ami, la santé tenue comme chance, joie de vivre, vie et bonheur, optimisme, etc. Les deux secteurs s'opposent nettement par l'hygiène (dont le rejet est dans le

quadrant III) et par la joie de vivre (dont le rejet est dans le quadrant IV). D'où notre interrogation: y-a-t-il du côté des manuels deux mondes inégalement défavorisés quant à la santé et à la médecine?

Le clivage est moins nettement repérable dans la région gauche (les quadrants I et II) du côté des cadres et des employés. Il est cependant plus perceptible dans la projection sur plan 2, selon les axes 1 et 3, où une opposition s'organise entre les cadres dans le quadrant I et les employés dans le quadrant II (rappelons que dans la projection 1 les employés étaient associés aux cadres supérieurs dans le quadrant I, les cadres moyens se situant dans le quadrant II). Auprès des cadres sont regroupés la fréquentation du bilan de santé, le médecin technicien, la santé comme équilibre, etc. Auprès des employés sont regroupés la prévention, la santé définie par la connaissance de soi et de son corps, par le fait de se sentir bien dans sa peau, etc.

Diamétralement opposée à la région des cadres, il y a la région (quadrant III) de la résistance physique, du médecin ami, de la santé représentée comme non-maladie, comme hygiène, etc. Diamétralement opposée à la région des employés, il y a la région

¹ Les quatre quadrants d'une projection peuvent se définir comme les régions délimitées par le croisement perpendiculaire des deux axes.



(quadrant IV) de la chance, de la prescription, du médecin savant, mais aussi celle des «non» à la responsabilité de chacun sur sa santé, à celle du médecin, à son rôle de conseiller, à la joie de vivre, à l'hygiène, etc...

Dès lors, est-on fondé à parler de quatre mondes dans l'univers de la santé et de la médecine, deux plus favorisés et deux plus défavorisés? S'il n'est pas trop osé de recourir à l'analogie suivante, ne faudrait-il pas tenir les quadrants III et IV, inégalement défavorisés, comme étant l'un assimilable à une sorte de tiers monde de la santé et de la maladie par rapport aux deux mondes plus favorisés (les quadrants I et II), et l'autre (par rapport aux quadrants I, II et III) à une sorte de quart monde de la santé et de la médecine? Dans ce dernier cas, il s'agirait du monde où l'on se préoccupe peu de la santé, sinon pour son rendement, et où l'on ne recourt à la médecine et au médecin que dans les cas extrêmes. Telle est, du moins, l'interprétation que nous soumettons à l'appréciation du lecteur

au sujet de la seconde catégorie de résultats tirés de notre échantillon lorrain.

En tout cas, pour reprendre nos hypothèses de travail, il apparaît que, grâce à l'intervention de quelques paramètres psychosociologiques pertinents, il a été possible de structurer un univers synthétique des représentations de la santé et de la médecine, mais que les paramètres psychosociologiques et les représentations de la médecine et du médecin s'organisent plus souvent selon l'axe 1 dans une opposition entre les cadres et les manuels, tandis que les représentations de la santé se dispersent plus souvent selon les axes 2 et 3 dans un double clivage à l'intérieur des catégories favorisées et des catégories défavorisées de la population.

6. Quelques conclusions

Il revient aux responsables de la médecine préventive et de l'éducation pour la santé de tirer des consé-

quences de ce qui précède, notamment pour orienter leur action.

En particulier, à partir des résultats précédents on peut proposer deux séries de remarques.

La première série concerne *l'importance pratique des stratifications socioprofessionnelles dans les attitudes* quant à la santé et à la médecine. Il s'ensuit qu'il n'est guère acceptable d'imaginer des actions globales qui s'exerceraient d'une manière indifférenciée sur la totalité d'une population. En revanche, il semble plus indiqué de *procéder à des actions sélectives auprès des composantes socio-professionnelles de cette population*. Par exemple des discours adaptés à chacune de ces catégories trouveront plus attentifs les destinataires des messages et seront sanctionnés par plus d'efficacité éducative. C'est là une manière, en tout cas la plus simple, de différencier l'action éducative.

Ainsi, à partir de quelques corrélations très significatives, on constate que les cadres supérieurs et les professions libérales sont plus liés au bilan de santé, au médecin technicien, à l'éducation des bien-portants; ils se représentent davantage la santé comme pleine forme et équilibre, mais préfèrent la prescription à la prévention et ne cachent pas une certaine peur pour l'avenir. Les cadres moyens, fréquentant également volontiers le bilan de santé et préférant aussi un médecin technicien, se rattachent davantage, en revanche, à la fonction préventive de la médecine mais non à l'hygiène. Ce qui frappe chez les ouvriers qualifiés et les contremaîtres, c'est leur opposition non seulement au médecin conseiller, mais aussi, à la différence des cadres supérieurs et moyens, au médecin technicien, eux qui souvent dans leur profession sont des techniciens; contrairement aux cadres moyens, ils préconisent l'hygiène. Au côté des ouvriers spécialisés et des manœuvres, pas davantage de médecin technicien, mais un ami; plutôt fatalistes, ils répondent plus nombreux par la négative au bilan de santé, tout en préconisant l'amélioration des conditions de vie.

Si l'on veut toutefois tendre vers une approche plus adéquate, nos résultats suggèrent une seconde série de remarques. Les diverses attitudes prises en considération semblent se regrouper entre elles selon des associations préférentielles, qui constituent en quelque sorte des *constellations plus ou moins denses de variables*, point de départ obvie d'une *typologie des attitudes*. Ce qui frappe, en effet, c'est que les attitudes prédominant dans telles strates socio-professionnelles n'en sont pas l'apanage exclusif, un peu à la façon des massifs montagneux qui débordent parfois les frontières administratives des régions et des pays qu'ils affectent principalement. Autrement dit, des groupes d'attitudes peuvent prédominer dans certaines catégories socio-professionnelles d'une population sans en être des caractéristiques exclusives. Et même ils constituent *des mentalités qui évoluent selon leurs lois propres* et se déplacent à l'intérieur d'une population tout comme les groupes socio-professionnels évoluent eux-mêmes

dans le temps et se modifient peu à peu sous l'action des facteurs socio-culturels et socio-économiques. Dans cette perspective, des adhérents d'une constellation d'attitudes se recruteraient inégalement dans diverses régions socio-professionnelles. Dès lors, les actions sélectives seraient à concevoir moins en fonction des strates sociales qu'en fonction de l'extension mobile des mentalités au sein de la population.

Illustrons cette seconde série de remarques par deux groupes d'exemples, tirés eux aussi à partir de quelques corrélations très significatives: l'une concerne la tâche prioritaire du médecin, l'autre caractérise la santé.

Les informateurs qui attendent du médecin qu'il donne la priorité à soigner les malades ont une physiologie assez nette: souvent fatalistes, ils optent pour la chance, mettent la prescription en première position, sont plus nombreux à répondre «non» à l'invitation au bilan ou n'y répondent pas, tirent peu ou pas de satisfaction de leur travail, définissent la santé par la non-maladie, parfois par le bon moral, gardent du médecin l'image du savant, se préoccupent moins de la connaissance de soi, de la joie de vivre. Ce sont plus souvent des 30 ans et plus.

Ceux qui attendent du médecin qu'il mette l'accent sur l'éducation des bien-portants à gérer leur santé, en revanche, se recrutent davantage parmi les moins de 30 ans, les cadres moyens. Ils ont des réactions non fatalistes, optent pour les précautions, mettent la prévention en première position, déclarent assez de satisfaction au travail, caractérisent la santé par l'épanouissement, par la connaissance de soi, par la joie de vivre, et non par le bon moral; ils ne prêtent pas au médecin une image de savant.

Dans le second groupe d'exemples, prenons les trois constellations présentant la santé comme épanouissement, comme pleine forme, comme équilibre.

L'épanouissement est au centre d'une constellation: celle de l'éducation, de la prévention, des précautions, du non-fatalisme. Il y a toutefois des différences nettes sur certains points: l'épanouissement va avec l'équilibre, l'optimisme; la connaissance de soi s'y oppose. Celle-ci s'accompagne de responsabilité personnelle, de joie de vivre, de pleine forme; celui-là conduit à vivre sans contrainte, à se sentir bien dans sa peau.

La pleine forme est le centre d'une autre constellation, celle des représentations liées à la non-maladie, à la connaissance de soi, à la prescription, au médecin technicien, à la résistance physique, à l'hygiène, mais non à la joie de vivre, à l'épanouissement, à l'optimisme, etc.

L'équilibre tient la position du milieu entre les deux constellations précédentes de l'épanouissement et de la pleine forme: dans les trois cas on retrouve «se sentir bien dans sa peau». Mais la constellation de l'équilibre s'apparente à celle de l'épanouissement par le souci de l'éducation des personnes et à celle de la pleine forme par la recherche d'un médecin technicien et non ami.

Que l'on s'en tienne aux strates socio-professionnelles

ou aux mentalités, dans les deux cas se dégage de notre investigation une conclusion centrale: les actions éducatives, notamment en matière de santé et de prévention médicale, sont à organiser dans la population *en fonction de ses attentes*, dont les associations d'attitudes sont soit l'expression, soit le support. Ce qui revient à dire qu'il importe de *décèler préalablement les attentes au niveau des composantes d'une population* si l'on veut mener des actions adaptées et efficaces.

Résumé

D'une série de travaux psychosociologique, menés en Lorraine et concernant les attitudes et les attentes de la population dans le domaine de la santé, ont été extraits ici quelques résultats globaux obtenus à partir d'analyses factorielles des correspondances. Cette dernière méthode d'analyses statistiques à caractère descriptif permet de mieux accéder à l'univers pluridimensionnel d'un certain nombre de représentations envisagées et, en particulier, de déterminer quels rapports chaque représentation soutient avec toutes les autres et comment elles s'assemblent toutes par proximité à l'intérieur de l'ensemble de façon à constituer des typologies.

Il a été observé que, notamment dans deux projections sur plan, l'axe 1 établit parmi les grandes tendances quant à la médecine, au médecin, à la santé une bipolarité qui correspond en gros à une opposition des manuels aux cadres et des fatalistes aux non-fatalistes, et que les axes 2 et 3 contribuent davantage à la dispersion des représentations de la santé.

Avec moins de netteté se manifeste un double clivage, l'un dans le monde des cadres, également plus favorisés dans le domaine de la médecine et de la santé, l'autre dans le monde des manuels, plus défavorisés dans ce même domaine. Ainsi se dessinent quatre secteurs où s'organisent des constellations de variables, qui correspondent à des typologies d'attitudes.

En pratique, que l'on s'appuie sur les stratifications socio-professionnelles ou sur les mentalités, il importe pour l'efficacité de tenir compte des associations d'attitudes ainsi dégagées, ainsi que des attentes qu'elles expriment ou véhiculent, avant de procéder, au niveau de telles composantes de la population, à des actions sélectives d'éducation sanitaire.

Summary

Knowledge of attitudes and expectations: A prerequisite for effective health education

Some global results are presented here several studies of psychosociology conducted in Lorraine; they deal with attitudes and expecta-

tions of the people about their health and are obtained from a special factor analysis. This method, of a descriptive nature, allows us to understand the pluridimensional universe of some of the representations considered and particularly to determine how each representation is connected with the others and how they are assembled within the whole system so as to establish typologies.

The observation is made, notably by means of 2 projections on situational maps, that axis 1 establishes a bi-polarity among the wider tendencies such as medicine, physicians, health which corresponds, roughly speaking, to an opposition between "some collar" workers and "white collar" cadres, fatalists and non-fatalists.

Less clearly appears a double splitting within the group of cadres and within the group of workers, the latter being less favored in the field of medicine and health. We can thus perceive 4 sectors where constellations of variables are organized and which correspond to typologies of attitudes.

In fact, whether we rely on socio-professional stratifications or on mentalities, we must, to be efficient, take into account associations of attitudes as well as expectations, constructed according to this method, before starting selective actions of health education.

Bibliographie

- [1] *Barbier, G., Maître, J., Patte, C., Picard, F.*, Guide bibliographique en sociologie médicale – Publications en langue française – *Revue Française de sociologie*, 14, 137 (1973).
- [2] *Dufrancatel, C.*, La sociologie des maladies mentales – Tendances actuelles de la recherche et bibliographie 1950–1967, *Sociologie contemporaine* 16 (2), 1–198 (1968).
- [3] *Herzlich, C.*, Santé et Maladie – Analyse d'une représentation sociale – Mouton, Paris et La Haye (1969).
- [4] *d'Houtaud, A.*, Comment les patients perçoivent leur médecin et ses relations avec eux – *R.I.E.S.* 1975 18 (2), 120 et (3) 173.
- [5] *d'Houtaud, A.*, Comment les patients parlent spontanément de leur médecin et de la médecine – *R.I.E.S.* 1975 18, (4) 241.
- [6] *d'Houtaud, A.*, La représentation de la santé: Recherches dans un centre de bilan de santé en Lorraine. *R.I.E.S.* 1976 19 (2) 99 et (3) 173.
- [7] *d'Houtaud, A.*, Recherches en Lorraine sur les facteurs psychosociaux de la santé – Thèse de doctorat ès Lettres et Sciences humaines (soutenue à Dijon le 5 octobre 1976). Diffusion par la Librairie Honoré Champion, Paris 1977.
- [8] *Steudler, F.*, Sociologie médicale – A. Colin, Paris (1972).
- [9] *Steudler, F.*, L'hôpital en observation, A. Colin, Paris (1974).