

# Campagne pour la prévention des maladies cardio-vasculaires: les déterminants sociaux de la participation à l'examen de santé initial

Programme national suisse de recherche No 1A. Groupe d'étude<sup>1</sup>

## 1. Introduction

La première phase du programme de prévention des maladies cardio-vasculaires, dont le but était de sensibiliser la population de Nyon et d'Aarau et de l'amener à accepter un examen de santé initial<sup>2</sup>, peut être assimilée, d'un point de vue sociologique, à toute campagne visant à modifier les opinions, attitudes, comportements d'un public cible, qu'il s'agisse de comportements d'achat, d'habitudes alimentaires ou de préjugés raciaux. C'est dire que l'on pourra comprendre les réactions des individus à l'action entreprise selon une logique analogue à celle qui a été mise en évidence à propos d'autres campagnes, à ceci près que l'on tiendra compte des spécifications que le projet doit à son contenu: la prévention des maladies cardio-vasculaires. Aussi lorsqu'on posera la question, classique en sociologie de la communication, des caractéristiques du public touché, ne pourra-t-on se contenter de situer les différences entre participants à la campagne et réfractaires au seul niveau des dimensions médicales (pathologie individuelle, facteur risque, histoire médicale familiale, etc.) traitées comme dimensions autonomes, sans prendre en compte les autres déterminations d'ordre économique, social, culturel agissantes et dont les variables médicales ne sont pas indépendantes.

Si l'un des principaux objectifs à long terme de la campagne est d'agir sur les facteurs risques en modifiant les habitudes pathogènes des gens, la première phase de l'expérience a consisté à rassembler un certain nombre d'informations sur l'état de santé des populations concernées, tout en les sensibilisant au problème de la prévention. Pour ce faire, les habitants des deux villes ont été invités

1. à se soumettre à un examen médical de base visant à enregistrer certaines mesures objectives de leur état

<sup>1</sup> Directeurs de projet: F. Gutzwiller, B. Junod. Expert scientifique: F. H. Epstein. Coordinateurs locaux: A. Crisinel, K. Röthlisberger. Conseil scientifique: Th. Abelin, M. Bassand, L. Biland, H. R. Brunner, W. Bürgi, A. Delachaux, H. Howald, O. Jeanne-rot, H. Micheli, T. Moccetti, O. Oetliker, O. Ritter, G. Ritzel, J. L. Rivier, M. Schär, H. B. Stähelin, W. Vetter, L. K. Widmer. Analyse statistique: A. Marazzi/M. Lejeune. Directeur de programme: W. Schweizer. Manuscrit préparé par L. Gillioz. Projet No 4.077.0.76.01, subventionné par le Fonds national suisse de la recherche scientifique. Adresse pour la correspondance: Lucienne Gillioz, Centre psycho-social universitaire, Unité d'investigation sociologique, 6, rue du XXXI Décembre, 1207 Genève.

<sup>2</sup> Pour une description détaillée de la campagne, de ses objectifs et des moyens utilisés, cf. Les Cahiers médico-sociaux, «Prévention des maladies cardio-vasculaires», No 2, Genève 1979, ainsi que les autres articles publiés dans ce numéro.

**Quelles sont les conditions qui engendrent la disposition à participer à un examen de santé? Cette étude montre que la place occupée dans la hiérarchie socio-culturelle et l'insertion dans le champ social jouent un rôle primordial.**

de santé (tension artérielle, taux de cholestérol et de sucre dans le sang, taille et poids),

2. à remplir un questionnaire sur leur état de santé et leur mode de vie.

Le but principal de cet article est de dégager la logique des conduites de participation à la première phase de la campagne et de mettre à jour les facteurs rendant compte du partage qui s'est fait dans la population des deux villes entre participants et non-participants et entre participants spontanés et participants sollicités. On tentera notamment de répondre aux questions suivantes:

- Quelles sont les caractéristiques des individus ayant accepté l'examen de santé initial? Peut-on mettre en évidence des différences systématiques et cohérentes entre participants et non-participants? Autrement dit, existe-t-il des conditions objectives et subjectives engendrant la disposition à participer à la campagne?
- Dans un deuxième temps, on se demandera si la population des participants est homogène ou s'il est pertinent d'y distinguer différents sous-groupes en fonction des incitations reçues à s'engager dans la campagne.

Les questions posées situent notre problématique au point de rencontre de deux courants sociologiques:

- L'un se rattache à la sociologie de la communication, et plus particulièrement à ce qui a été appelé «audience research», et qui s'est intéressée aux conditions de réception d'un message et de réponse à ce message.
- L'autre à la sociologie du corps et de la médecine qui a montré que, selon leur appartenance et leur éthos de classe, les individus n'entretiennent pas des rapports semblables à leur corps, à la santé, à la maladie et qu'en conséquence leurs conduites en matière de consommation médicale, d'hygiène et de prévention ne sont pas identiques.

## 2. Les hypothèses de base

On posera comme hypothèses de base que la disposition à participer suppose les conditions suivantes:

- a) Etre exposé aux messages émis durant la campagne.

Il s'agit là d'une constatation triviale. On peut ajouter que le fait de se situer au point de rencontre de plusieurs canaux d'émission augmentera les chances de réception d'un message.

b) Etre inséré dans des groupes ou sociétés fonctionnant comme relais de l'action auprès de la population et comme instance de légitimation et de mobilisation.

Ces deux conditions, qui n'ont rien de spécifique et concernent aussi bien n'importe quelle autre campagne, ne sont pas suffisantes pour entraîner la participation. Il faut encore que le contenu des messages émis puisse être reçu, c'est-à-dire compris, jugé pertinent, et mis en rapport avec soi et ses intérêts ou ceux de son groupe. Cela suppose en outre:

c) La possession d'une compétence médicale.

Qu'il s'agisse d'art, de politique ou de science, on sait que l'intérêt pour un domaine et les investissements que l'on est prêt à y réaliser sont fonction des capitaux culturels spécifiques que l'on peut mobiliser.

La compétence médicale, telle qu'elle est entendue ici, exige:

- des connaissances médicales de type savant (par opposition à des connaissances en médecine populaire),

- une familiarité avec l'univers médical et ses modes de penser,
- un rapport réflexif à son corps, plus spécifiquement la capacité d'écouter ses sensations morbides et de les décrypter selon le code de la médecine officielle,
- l'aptitude à établir des liens, de nature causale, entre certains faits et certaines pathologies ou facteurs de risques (par exemple entre une surconsommation de graisse animale et un excès de cholestérol dans le sang).

d) Enfin il faut que le contenu de l'action proposée – en l'occurrence l'intérêt pour le corps, la santé et la prévention – ne soit pas en décalage trop important par rapport à l'éthos de classe et à l'habitus corporel des individus visés, et que les valeurs prônées – ici la santé comme bien premier – puissent être identifiées comme valeurs du groupe.

Or, il faut voir que selon la place qu'ils occupent dans l'espace social, les individus ne se trouvent pas en position identique pour remplir les conditions énumérées ci-dessus. C'est pourquoi les participants à la campagne devraient se recruter dans des lieux sociaux différents des non-participants.

Tabl. 1. Distribution des participants spontanés et non-participants selon la catégorie socio-professionnelle<sup>1</sup> (% calculés sur la population active)

catégorie socio-professionnelle	NYON		AARAU	
	participants spontanés	non-participants	participants spontanés	non-participants
ouvriers non qualifiés ou semi-qualifiés	19,2%	41,1%	6,1%	39,6%
ouvriers qualifiés	13,8%	14,1%	12,3%	14,5%
employés	46,7%	31,5%	59,2%	29,9%
artisans, commerçants, petits indépendants	7,0%	5,6%	8,1%	3,8%
cadres sup., prof. lib., dirigeants, industriels	11,2%	5,2%	11,7%	10,3%
autres	2,0%	2,5%	2,6%	1,8%
N (= 100%)	1539	4379	1388	5847

<sup>1</sup> Faute de données plus récentes sur les non-participants, on a dû se contenter des chiffres tirés du Recensement fédéral de la population 1970. Pour corriger l'écart dû à la différence des populations 1970 et 1977 (année où a commencé la campagne), on a calculé les répartitions de 1970 ajustées au total 1977. Comme on a inféré les répartitions par catégories socio-professionnelles de 1977 à partir de la situation de 1970, il est possible qu'une certaine distorsion

existe par rapport à la réalité. Cependant, cela ne saurait modifier la portée de nos résultats: d'une part, la structure de la population active ne peut avoir en sept ans subi que des changements limités; d'autre part, les différences constatées entre participants spontanés et non-participants sont suffisamment importantes, tant à Nyon qu'à Aarau, pour que l'on soit sûr qu'elles ne sont pas réductibles à la distorsion signalée.

### 3. Résultats et discussion

#### 3.1 Participants et non-participants: leurs caractéristiques

Avant d'étudier les caractéristiques des participants et des non-participants, il est utile de rappeler brièvement les grands traits du modèle d'intervention mis en œuvre à Aarau et Nyon, ce dernier déterminant largement les groupes touchés préférentiellement. Tenant compte des acquis de la sociologie de la communication [6, 7], qui a montré l'importance des groupes d'appartenance et des réseaux d'interaction et d'influence comme variable médiatrice entre les médias et les individus, les promoteurs de la campagne ont largement joué la carte de la communauté locale. D'une part, ils se sont assurés le soutien de personnalités choisies pour fonctionner comme agents de mobilisation et de légitimation, contextualisant le projet et retraduisant en enjeux locaux (par exemple la santé de la population ou le privilège d'avoir été choisi comme ville d'expérimentation) et nationaux les intérêts scientifiques des chercheurs du Fonds national et, d'autre part, ils ont utilisé les institutions existantes (associations, clubs, sociétés, entreprises, etc.) comme instances-relais auprès de la population, chargées de diffuser les messages de la campagne et d'inciter à y répondre.

Ces précisions apportées, on peut maintenant décrire les caractéristiques du groupe des volontaires pour l'examen de base et voir en quoi il se distingue du groupe qui s'est abstenu. Afin de maximiser les différences observables, on n'a retenu du premier que les participants spontanés, c'est-à-dire ceux qui se sont présentés à l'examen suite aux messages diffusés pendant la campagne, mais qui n'ont pas été l'objet d'une sollicitation particulière, comme ce fut le cas pour une partie de la population (l'échantillon sollicité, cf. graphique). La dimension qui fait apparaître les différences les plus importantes et les plus systématiques entre les deux groupes considérés, et cela aussi bien à Aarau qu'à Nyon, concerne *la situation et la position de classe*, telles qu'on peut les repérer à travers la catégorie socio-professionnelle.

Les individus occupant les positions inférieures – ouvriers non qualifiés et semi-qualifiés – sont fortement sous-représentés dans le groupe des participants spontanés, tandis que les couches moyennes, essentiellement des employés, y sont nettement sur-représentées (tabl. 1). C'est ainsi que l'on trouve à Aarau six fois plus d'ouvriers non qualifiés et semi-qualifiés parmi les non-participants que parmi les participants spontanés (39,6% contre 6,1%), alors qu'à Nyon les différences vont du simple au double (41,1% contre 19,2%). Quant aux employés, ils sont à Aarau et Nyon, respectivement, deux fois et une fois et demie plus nombreux dans le groupe des volontaires que dans le groupe qui s'est abstenu.

Si les fractions inférieures des couches populaires opposent une telle résistance à l'examen de santé proposé, c'est qu'elles se trouvent placées dans les condi-

tions les moins favorables à l'apparition de la motivation à participer.

Tout d'abord la compétence médicale, plus précisément les connaissances médicales acquises, la familiarité avec l'univers de la médecine – qui sont en relation directe avec le niveau d'études, la consommation de soins médicaux (qui elle-même croît avec l'élévation dans la hiérarchie sociale) et les relations possédées dans le milieu médical – ne peut qu'être faible dans les classes socialement défavorisées.

De plus, on sait [1] qu'un rapport réflexif à son corps est incompatible avec un usage intensif et instrumental de celui-ci dans le travail et que l'éthos des couches populaires (qui n'est que l'expression au niveau symbolique des conditions matérielles d'existence) décourage l'attention et l'intérêt pour le corps.

Il faut voir également que l'aptitude à constituer la santé comme bien premier suppose la «distance à la nécessité», comme le dit Bourdieu [3] à propos de l'intérêt esthétique, c'est-à-dire la distance aux problèmes pratiques de l'existence – conditions d'habitat, difficultés économiques, problèmes liés au travail (pénibilité des tâches, horaires lourds, tensions internes), conflits de classes, etc. –, condition qui a beaucoup plus de chances d'être réalisée dans les couches moyennes et supérieures.

Enfin, l'adoption d'une attitude préventive qui exige la maîtrise du temps et la capacité d'inscrire le présent dans un plan de vie à long terme est difficilement compatible avec l'éthos des couches populaires et plus particulièrement des fractions inférieures de celles-ci. En effet, les conditions objectives dans lesquelles elles se trouvent, notamment l'insécurité économique qui les caractérise, les empêchent de maîtriser leur devenir et leur imposent un type de dispositions, dont un rapport au temps, qui ne favorisent pas l'adoption de conduites préventives.

Aussi n'est-il pas étonnant de trouver consignées dans les dossiers relatifs au déroulement de la campagne à Nyon des remarques telles que: «Monsieur X, répondant de l'action de prévention dans une entreprise de la place, a été jusqu'à ce jour... un peu déçu des bulletins rentrés et de la non-participation des ouvriers de production (ouvriers et non pas cadres, ni chercheurs). Ils ne se sentent pas concernés!» Ou encore à propos de la participation dans une autre entreprise: «Les ouvriers ne se sentent que fort peu concernés! Pourtant, chez un ouvrier, on a trouvé une hypertension à 220!»

Il faut également invoquer, pour rendre compte de la relation observée entre participation et position dans la hiérarchie, les effets dus à l'appartenance à des groupes et sociétés. Nos données, de même que des études faites en Suisse [5, 8] montrent qu'il existe un lien entre l'appartenance de classe et l'affiliation à des associations, celle-ci étant plus fréquente dans les couches moyennes et supérieures. Aussi, ce qu'exprime pour une part la relation observée, ce sont des chances différentielles d'être exposé aux incitations à

participer à la campagne émanant des sociétés et groupes locaux.

En ce qui concerne la sur-représentation particulièrement nette des couches moyennes parmi les participants spontanés, il faut en chercher la raison, outre ce qui vient d'être dit sur le rapport au corps, à la santé, à la prévention, et sur l'appartenance à des associations, dans des traits propres à l'éthos de ce groupe: le sérieux, la bonne volonté culturelle [4] et le respect pour tout ce qui est officiel et investi d'autorité. Soucieuses de se démarquer dans leurs pratiques des couches populaires et de se rapprocher des groupes dominants, les couches moyennes sont portées à imiter ou à reprendre à leur compte ce qui se propose à travers une légitimité, qu'elle soit d'ordre médical, politique ou culturel. Aussi n'est-il pas étonnant qu'elles se soient montrées particulièrement dociles et empressées à suivre les consignes diffusées pendant la campagne.

Si l'on s'est jusqu'ici attaché à mettre en évidence les tendances générales et systématiques observables tant à Aarau qu'à Nyon, il faut maintenant attirer l'attention sur un point de divergence entre les deux villes: la proportion des ouvriers non qualifiés et semi-qualifiés dans le groupe des participants spontanés est environ trois fois plus faible à Aarau qu'à Nyon (6,1% contre

19,2%). Or, il existe une différence majeure entre les campagnes menées à Nyon et à Aarau; dans la première ville, toutes les entreprises d'une certaine dimension ont collaboré activement à la réalisation de l'action. Elles ont envoyé à leurs ouvriers et employés des lettres pour les informer et les encourager à participer, ont libéré du temps de travail et ont mis des locaux à disposition pour permettre sur place la réalisation de l'examen de base. Cela n'a pas été possible à Aarau, étant donné le refus des employeurs. Cette limitation, bien qu'imposée et non voulue, peut être assimilée à l'introduction d'une condition expérimentale dans le déroulement de la campagne dont il est extrêmement intéressant de noter les effets. Ainsi, en l'absence d'une incitation particulière se faisant sur les lieux mêmes du travail, la proportion des travailleurs les moins qualifiés dans le groupe des participants spontanés est singulièrement faible. Il faut voir dans ce résultat un élément supplémentaire de confirmation de ce qui a été avancé précédemment concernant la «résistance» des fractions inférieures des couches populaires à s'engager dans ce type d'action.

La nationalité, l'ancienneté de résidence dans la commune, la taille de la famille et l'âge constituent une deuxième série de variables qui déterminent des diffé-

Tabl. 2. Distribution des participants spontanés et des non-participants selon la nationalité

nationalité	NYON		AARAU	
	participants spontanés	non-participants	participants spontanés	non-participants
Suisses	79,9%	68,0%	94,9%	87,5%
Etrangers	20,1%	32,0%	5,1%	12,5%
N (= 100%)	2485	6817	2688	9368

Tabl. 3. Distribution des participants spontanés et des non-participants selon la durée du séjour dans la commune<sup>1</sup>

durée du séjour	NYON		AARAU	
	participants spontanés	non-participants	participants spontanés	non-participants
< 3 ans	17,9%	28,0%	12,3%	18,7%
> 3 ans	82,1%	72,0%	87,7%	81,3%
N (= 100%)	2307	6525	2465	8354

<sup>1</sup> Ce tableau est calculé sur une population âgée de 16 à 70 ans, vu que les renseignements dont nous disposons sur les non-participants ne portaient que sur cette tranche d'âge.

rences systématiques entre participants et non-participants.

Une difficulté se présente cependant: ces paramètres ne renvoient pas à une dimension univoque et l'on manque des variables médiatrices qui permettraient de restituer le système complet des relations pertinentes entre les faits. On s'efforcera néanmoins de dégager la logique sociale qui est à l'œuvre ici.

Le fait d'être suisse et de résider depuis plus de trois ans dans la commune augmente les chances d'être volontaire pour l'examen de base (tabl. 2 et 3). Il faut voir cependant que ce ne sont pas la nationalité et l'ancienneté de résidence en tant que telles qui entraînent les effets observés, mais que ces deux variables sont agissantes par l'intermédiaire d'un troisième facteur qui leur est lié, à savoir la fréquence et l'intensité des contacts avec des associations et des personnalités locales. On sait, en effet, la relation existant entre l'affiliation à des sociétés, d'une part et l'ancienneté de domiciliation [5] et la nationalité, d'autre part. Les données que l'on possède sur l'ensemble des participants à l'examen de base font apparaître les chiffres suivants (tabl. 4). De même, si l'on considère des variables telles que l'âge et la taille de la famille, dont on connaît le rapport avec l'insertion dans le champ social – les âges extrêmes (jeunes et vieux) correspondant à une insertion moins forte, de même le fait d'être seul et sans enfant – on trouve des résultats cohérents avec ce qui vient d'être établi. Les participants spontanés comptent davantage d'âges moyens que les non-participants qui, eux, sont sur-représentés aux extrêmes de l'éventail, et se recrutent beaucoup plus souvent dans des familles d'une personne (tabl. 5 et 6).

Tabl. 4. Affiliation à des sociétés selon la nationalité

affiliation à des soc.	NYON		AARAU	
	Suisses	Etrangers	Suisses	Etrangers
Ne sont affiliés à aucune société	36,4%	52,1%	44,4%	63,5%
Sont affiliés à une ou plusieurs sociétés	63,6%	47,9%	55,6%	36,5%
N (= 100%)	2109	609	2834	392

Tabl. 5. Distribution des participants spontanés et non-participants selon l'âge

âge	NYON		AARAU	
	participants spontanés	non-participants	participants spontanés	non-participants
16-19 ans	3,9%	8,0%	7,1%	7,2%
20-29 ans	16,4%	24,1%	13,4%	23,4%
30-39 ans	25,7%	21,5%	18,7%	14,8%
40-49 ans	19,4%	14,9%	17,8%	15,6%
50-59 ans	15,9%	11,5%	19,5%	13,6%
60-69 ans	11,6%	9,0%	15,1%	12,8%
70 ans et plus	7,2%	10,9%	8,3%	14,7%
N (= 100%)	2485	6817	2688	9368

Tabl. 6. Distribution des participants spontanés et non-participants selon la taille de la famille<sup>1</sup>

taille de la famille	NYON		AARAU	
	participants spontanés	non-participants	participants spontanés	non-participants
1 personne	19,2%	30,5%	23,3%	42,7%
2 personnes	24,1%	21,6%	29,9%	27,2%
3 personnes	56,7%	45,4%	46,7%	27,5%
inconnu	-	2,5%	-	2,6%
N (= 100%)	2307	6525	2465	8354

<sup>1</sup> Ce tableau est calculé sur une population âgée de 16 à 60 ans, vu que les renseignements dont nous disposons sur les non-participants ne portaient que sur cette tranche d'âge.

Ce qui s'exprime donc, de façon médiatisée dans les résultats présentés, ce sont en fin de compte des chances inégales d'exposition à l'action de mobilisation entreprise par les associations et personnalités des deux villes considérées.

### 3.2 Participants spontanés et participants sollicités

Les volontaires pour l'examen de santé initial ne sont pas homogènes quant aux processus qui ont entraîné leur participation, puisqu'une partie d'entre eux a été l'objet, quatre à cinq mois après le début de la campagne, d'une sollicitation intensive (lettres, téléphones ou visites à domicile) les invitant à se présenter au Centre de prévention. Ce dernier groupe rassemble donc des individus qui se caractérisent par une certaine résistance opposée aux incitations émises durant la campagne, puisqu'un appel supplémentaire a été nécessaire pour qu'ils acceptent l'examen de santé. Il nous a donc paru intéressant de comparer les participants spontanés et les participants sollicités. La logique qui sous-tend les conduites de participation au programme de prévention, telle qu'elle a été décrite précédemment, devrait également être à l'œuvre ici et permettre de rendre compte des différences observées. Afin d'éliminer l'interférence de facteurs autres que ceux que l'on veut étudier, on a comparé à l'échantillon sollicité, l'échantillon spontané, soit les individus choisis pour faire partie de l'échantillon, mais qui se sont présentés spontanément pour l'examen de santé initial, sans sollicitation particulière (cf. graphique).

Parmi les quatre dimensions prises en compte pour la comparaison: état de santé, consommation de soins médicaux, place occupée dans la hiérarchie socio-culturelle et dans le champ social, ce sont les deux dernières qui entraînent les différences les plus significatives. La place occupée dans la hiérarchie, dont on a vu sous le point 3.1 qu'elle déterminait des variations importantes dans l'intensité de la participation à la campagne, est ici fortement agissante pour la ville d'Aarau, mais en revanche n'entraîne que des effets infimes, voire nuls ou inverses aux hypothèses pour la population de Nyon. Cette incohérence s'explique cependant si l'on examine les processus de constitution

des deux groupes de participants spontanés et sollicités, ceux-ci n'étant pas aussi homogènes que leur appellation pourrait le laisser croire.

On se rappelle qu'une des particularités de la campagne de prévention nyonnaise tient au fait qu'une partie des participants spontanés ont été contactés par lettre sur les lieux mêmes de travail et que l'examen s'est déroulé sur place et pendant les heures de travail. Cette catégorie d'individus est donc, du point de vue des processus suscitant la participation à la campagne, peu distincte du groupe sollicité à domicile par lettre, téléphone ou visite. C'est donc à ces faux «spontanés» qui gonflent artificiellement nos données – à Nyon l'échantillon spontané représente la majorité du total de l'échantillon, soit les deux tiers, tandis qu'à Aarau il n'en représente que 42% – qu'il faut attribuer le brouillage et l'annulation des différences attendues.

Cela étant, on se limitera ici à commenter les résultats d'Aarau. Que l'on considère la position dans la hiérarchie culturelle, économique ou sociale, on observe les mêmes tendances systématiques: la participation spontanée est corrélée avec l'élévation dans la hiérarchie. Ainsi on trouve trois fois moins d'absence de scolarités post-obligatoires et deux fois plus de revenus supérieurs à 5000 francs dans l'échantillon spontané que dans l'échantillon sollicité (tabl. 7 et 8). Dans la même logique, on rencontre trois fois moins d'ouvriers non qualifiés et semi-qualifiés (6,4% contre 22,8%) et deux fois plus de couches supérieures (14,5% contre 6,2%) dans le premier groupe que dans le deuxième; quant aux couches moyennes, elles sont aussi largement sur-représentées dans l'échantillon spontané (65,4% contre 51,6%) (tabl. 9).

Tabl. 7. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon le type de scolarité

type de scolarité	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
scolarité post-obligatoire	72,4%	70,6%	85,2%	61,0%
pas de scolarité post-obligatoire	27,5%	29,4%	13,2%	37,4%
Inconnu	0,2%	-	1,6%	1,7%
N (= 100%)	561	265	385	538

Tabl. 8. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon le revenu

revenu	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
< 3000	53,3%	51,7%	39,2%	47,6%
3000-5000	30,5%	28,3%	43,4%	37,5%
> 5000	7,8%	9,8%	12,7%	6,7%
Inconnu	8,4%	10,2%	4,7%	8,2%
N (= 100%)	561	265	385	538

Tabl. 9. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon la catégorie socio-professionnelle

catégorie socio-professionnelle	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
ouvriers semi qual. et non qualifiés	16,8%	11,8%	6,4%	22,8%
ouvriers qualifiés	13,4%	12,9%	11,2%	14,8%
employés non qual.	12,9%	19,9%	7,2%	8,3%
employés qualifiés	20,1%	15,6%	21,3%	14,2%
cadres inf. et moyens	15,2%	24,2%	30,1%	20,2%
artisans, commerc.	7,2%	4,3%	6,8%	8,9%
cadres sup., prof. libér., dirigeants, industriels	12,9%	10,8%	14,5%	6,2%
Autres	1,5%	0,5%	2,4%	4,6%
N (= 100%)	388	186	249	372

Si l'on considère maintenant l'effet de variables telles que la nationalité, l'ancienneté de résidence dans la commune et la taille de la famille, on trouve des variations de même sens que celles qui ont été observées sous le point 3.1: les individus de nationalité suisse appartenant à des familles de trois personnes ou plus et résidant dans la commune depuis plus de trois ans sont sur-représentés dans l'échantillon des participants spontanés et sous-représentés dans l'échantillon des participants sollicités. (A noter, cependant, qu'à Aarau les habitants récemment arrivés dans la commune sont également sur-représentés dans le premier groupe, tabl. 10, 11 et 12.)

Tabl. 10. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon la nationalité

nationalité	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
Suisses	69,0%	54,3%	84,4%	52,8%
Etrangers	29,9%	43,0%	15,6%	47,2%
Inconnu	1,1%	2,6%	-	-
N (= 100%)	561	265	385	538

Tabl. 11. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon la durée de séjour dans la commune

durée de séjour dans la commune	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
< 3 ans	35,7%	47,5%	39,0%	29,4%
3 - 15 ans	42,2%	38,4%	28,1%	44,6%
> 15 ans	22,1%	14,0%	33,0%	26,1%
N (= 100%)	561	265	385	538

Tabl. 12. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon la taille de la famille

taille de la famille	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
1 personne	25,7%	34,0%	25,7%	32,9%
2 personnes	23,9%	23,4%	25,5%	24,5%
3 personnes et plus	50,5%	42,6%	48,8%	42,5%
N (= 100%)	561	265	385	538

On avait remarqué, précédemment, que ces paramètres n'étaient pas agissants en tant que tels, mais par l'intermédiaire d'un troisième facteur: la fréquence et l'intensité des contacts avec les membres ou groupements de la collectivité. Or, on dispose ici d'une telle variable intermédiaire: l'appartenance à des clubs ou sociétés. Comme on pouvait le prévoir, il existe une corrélation nette entre l'affiliation à une association et le fait d'être un participant spontané (tabl. 13).

Tabl. 13. Appartenance à l'échantillon spontané ou à l'échantillon sollicité selon l'affiliation à des associations

affiliation à des associations	NYON		AARAU	
	échantillon spontané	échantillon sollicité	échantillon spontané	échantillon sollicité
aucune association	42,6%	54,7%	46,0%	57,9%
1 ou 2 associations	44,5%	37,7%	40,2%	33,1%
3 associations et plus	12,8%	7,5%	13,8%	9,0%
N (= 100%)	561	265	385	538

La cohérence entre ces résultats et ceux présentés sous le point 3.1 met en évidence que la logique à l'œuvre dans les conduites de participation à la campagne est la même, quel que soit le niveau où l'on situe l'analyse.

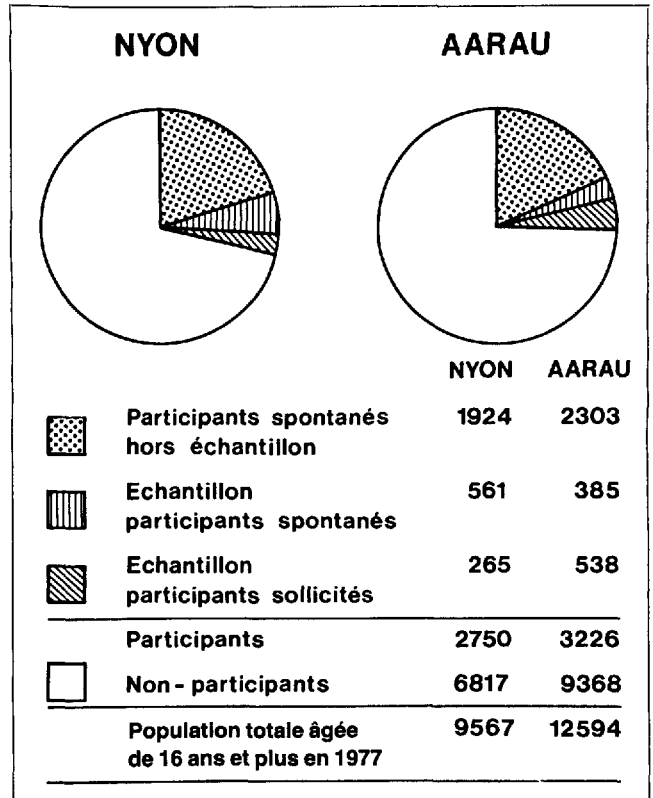
#### 4. Conclusion

Force est de constater, au terme de cette étude, que les participants à l'examen de santé ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des deux villes choisies pour l'intervention, mais constituent des sous-groupes particuliers se recrutant dans des zones bien précises de l'espace social, là précisément où les conditions économiques, sociales et culturelles sont les plus à même d'engendrer l'intérêt pour une campagne de prévention médicale.

Pour conclure, on voudrait dégager un certain nombre d'implications de cette constatation et poser quelques jalons pour une réflexion sociologique sur les maladies cardio-vasculaires et leur prévention.

Si, à propos de l'examen de santé, on a observé des différences si importantes entre groupes sociaux concernant le rapport au corps, à la santé et à la prévention, il est raisonnable d'en conclure que toute pratique où le

Nyon – Population totale âgée de 16 ans et plus en 1977  
Aarau – Population totale âgée de 16 ans et plus en 1977



corps est impliqué ne peut que reproduire ces différences. Cela nous amène à poser que les maladies cardio-vasculaires doivent aussi être considérées comme le produit de l'histoire corporelle des groupes sociaux, c'est-à-dire de l'usage et du rapport au corps que leur ont imposé leurs conditions d'existence. Il en résulte une conséquence d'ordre épistémologique importante pour l'étude des maladies cardio-vasculaires: on ne saurait considérer ces pathologies ou les facteurs de risques qui entraînent leur apparition comme des phénomènes autonomes, situés au seul niveau individuel, biologique ou comportemental. Aussi tout découpage du risque cardio-vasculaire, en facteurs distincts envisagés séparément – alimentation, consommation de tabac, mode de vie, usage du corps, etc. – empêche d'apercevoir la logique qui régit les pratiques dans ces différentes sphères, logique dont le fondement est à chercher dans ce principe générateur et unificateur des conduites qu'est l'habitus corporel et qui n'est lui-même que l'intériorisation sous forme de schèmes et de dispositions mentales des conditions objectives d'existence. On ne saurait non plus voir simplement dans les pratiques engendrant un risque cardio-vasculaire, qu'il s'agisse de surconsommation de graisse animale ou d'absence d'exercices physiques, la conséquence de l'ignorance ou des préjugés du public qu'une campagne d'information et de sensibilisation suffirait à dissiper. Dans la mesure où ces pratiques s'enracinent profondément dans une réalité sociale à laquelle elles sont objectivement adaptées, toute tentative de les modifier et de les remplacer par d'autres

normes de comportement s'accompagne nécessairement d'une violence symbolique introduisant un hiatus entre les pratiques et les conditions d'existence et par conséquent a toutes chances de se heurter à de fortes résistances.

Nous terminerons en posant une question qui nous paraît cruciale pour la réussite et l'efficacité d'un programme de prévention cardio-vasculaire. Un tel programme ne court-il pas le risque de prêcher des convertis, c'est-à-dire de toucher essentiellement les groupes qui, de par leur situation et leur position de classe, sont les plus enclins à se soucier de leur corps et de leur santé et à prendre au sérieux le discours médical? En admettant même qu'un certain nombre de réfractaires puissent être touchés par une telle campagne, on peut s'interroger sur la permanence des effets induits. N'en serait-il pas ici comme de l'école dans son rapport avec les groupes les plus éloignés de la culture scolaire, qui voit son influence cesser dès que s'interrompt l'action pédagogique exercée?

Ce sera l'intérêt et le mérite d'études empiriques futures d'apporter des éléments de réponse aux questions posées.

#### Bibliographie

- [1] Boltanski, L., La découverte de la maladie, Centre de Sociologie européenne, Maison des Sciences de l'homme (ronéotypé), Paris 1968.
- [2] Boltanski, L., Les usages sociaux du corps, Annales 26/1, 205 (1971).
- [3] Bourdieu, P., La Distinction (Ed. de Minuit, Paris 1979), p. 56 sqq.
- [4] Bourdieu, P., Ibid., chap. 6, p. 365.
- [5] Coenen-Huther, J., Etude des associations à La Chaux-de-Fonds, Les Cahiers JEB 2 (1975).
- [6] Coleman, J. S., Katz, E., et Menzel, H., Medical innovation, A diffusion study (The Bobbs-Merrill Company, Inc., Indianapolis, New York, Kansas City 1966).
- [7] Katz, E., et Lazarsfeld, P. F., Personal influence. The part played by people in the flow of mass communications (The Free Press, New York 1964).
- [8] Kellerhals, J., Les associations dans l'enjeu démocratique. Etude sur la participation aux groupements organisés (Payot, Lausanne 1974).

#### Résumé

Cet article rend compte d'une recherche portant sur les conditions sociales nécessaires pour engendrer la disposition à participer à un examen de santé organisé à Nyon et Aarau dans le cadre d'une

campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires.

L'analyse du matériel empirique a consisté à comparer, sur un certain nombre de variables sociologiquement pertinentes

- les participants spontanés aux non-participants
- les participants spontanés aux participants sollicités

Il est démontré que les conduites de participation dépendent principalement de la situation et de la position de classe des individus, qui définissent leur compétence médicale, leur rapport au corps, à la santé, à la prévention.

Une deuxième corrélation a pu être établie entre la participation et l'exposition à l'action d'incitation et de mobilisation des associations et leaders locaux.

#### Zusammenfassung

##### NFP 1A: Primäre Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten.

##### Soziale Determinanten der Beteiligung an der Grunduntersuchung

Dieser Artikel zieht die Bilanz einer Forschungsarbeit über den Einfluss derjenigen sozialen Konditionen, die die Bereitschaft für die Beteiligung an der ersten Phase der in Nyon und Aarau durchgeführten Kampagne zur Prävention der kardio-vaskulären Erkrankungen mitsichbringen.

Die Analyse des empirischen Materials befasste sich mit dem Vergleich einer gewissen Anzahl von Variablen:

- die spontanen Teilnehmer gegenüber den Nicht-Teilnehmern
- die spontanen Teilnehmer gegenüber den direkt und persönlich aufgeforderten Teilnehmern

Es wird aufgezeigt, dass das Teilnahmeverhalten vor allem von der sozialen Stellung der Individuen abhängt, die ihre medizinische Kompetenz, ihre Beziehung zum Körper, zur Gesundheit und zur Präventivmedizin bestimmt.

Eine zweite Beziehung konnte zwischen der effektiven Beteiligung einerseits und der Mobilisierungsaktionen durch die lokalen Verbände und Leader andererseits hergestellt werden.

#### Summary

##### NFP 1A: A campaign for the prevention of cardio-vascular diseases.

##### Social determinants of participation at baseline screening

This article presents results regarding the social factors which determine the participation at baseline screening during a campaign for the prevention of cardio-vascular diseases in Nyon and Aarau.

On the basis of certain variables which are sociologically relevant, the analysis compares:

- spontaneous participants and non-participants
- spontaneous and requested participants

It is clearly shown that inclination to participate depends mainly on the situation and position of individuals in the social field, since these determine their understanding of medicine, their relation to their body, and their attitude towards health and preventive measures.

A second correlation was also established between actual participation and exposure to action taken by the local leaders and associations to mobilize inhabitants for the campaign.